Rok XLVII. Kraków, dnia 1. sierpnia 1908. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. w Krakowie.

Badania nad teoryą zakażenia.

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent Zakładu.

Część I.

O otoczkowaniu laseczek wąglikowych.

Już w swej pracy p. t. »Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności« (Nowiny lekarskie, 1907) starałem się wykazać wielkie znaczenie, jakie posiada tworzenie otoczek przez laseczniki wąglikowe, jako pierwowzór zmian, którym ulegają bakterye w ustroju zakażonym. Cały szereg badań dokładniej tam omówionych dowiódł ważności tworzenia otoczek dla powstania zakażenia, pozostało jednak jeszcze inne niemniej ważne zagadnienie do rozwiązania, a mianowicie, w jaki sposób powstaje tak uderzająca zmiana w bakteryach. Spotykamy się tu z dwoma zapatrywaniami, teleologicznem i mechanistycznem, z których jedno upatruje w tworzeniu otoczek celowy akt ochronny ze strony bakteryi, mający je zabezpieczyć przed bakteryobójczemi działaniami ustroju (Miecznikow, Sawczenko, Deutsch Heim, Gruber-Futaki, Löhlein), drugie zaś uważa je tylko za morfochemiczny wyraz pewnego ściśle określonego typu wymiany materyi (Migula, Binaghi, Bail, Stiennon, Hamm, Preisz, autor, Ascoli). W przytoczonej wyżej pracy wskazywałem już na to, że fakt powstawania otoczek w surowicach unieczynnionych lub z natury nieczynnych (Bail) właściwie już zbija pogląd teleologiczny, ponieważ dowodzi, że działania bakteryobójcze nie są konieczną podnietą dla wytwarzania otoczek, a o działaniu komórkowem w hodowlach surowiczych mówić nie podobna. Rzecz jasna, że przez to bynajmniej nie myślę zaprzeczać, iż wytwarzanie otoczek jest dla bakteryi przydatne, chroniąc je czy to przed sokami, czy przed komórkami ustroju, ale pojmowanie mechanizmu tej sprawy przez to oczywiście na inne musi zejść tory. Powołując się na wytwarzanie otoczek u paciorkowca krezkowatego *(strept. mesenterioides)* i chorobotwórczych drożdżaków starałem się uzasadnić pogląd, według którego wytwarzanie to jest odpowiedzią na pewną ściśle określoną podnietę odżywczą, a mianowicie przerostem zarodzi zewnętrznej (ściślej mówiąc jej części zwanej osłonką, jak obszerniej to przedstawię w II. części niniejszej pracy). Wychodząc z tego punktu widzenia sądziłem, że opłaci się ponownie zbadać sprawę wytwarzania otoczek, tembardziej, że hodowla w surowicy pozwala sprawę tę dowolnie wywoływać w najrozmaitszych dostępnych zmianom warunkach, a przez to wniknąć głębiej w samą istotę zagadnienia, zdając sobie oczywiście zawsze sprawę z tego, że na podstawie doświadczeń, zdobytych przez naukę o odporności w ciągu ostatnich lat dziesięciu należy zawsze zachować pewną ostrożność wobec wyników doświadczeń w próbówce.

Co się tyczy techniki wykrywania otoczek, chciałbym zaznaczyć, że zgodnie z Heimem, Hissem, Epsteinem, Buergerem i Hammem unikałem rozpuszczającego działania wody na otoczki, rozsmarowując materyał ze stałych podłoży w surowicy wołowej lub płynie puchlinowym. Przy utrwalaniu preparatów posługiwałem się wyskokiem metylowym lub parami kwasu osmowego według Weidenreicha-Hamma z równie dobrymi wynikami, natomiast zaniechałem utrwalania w płomieniu, przy którem otoczka się kurczy. Przy badaniu narządów zwierząt zakażonych z korzyścią zamiast rozsmarowywać ich miąższ robiłem z nich odbitki, które dają dobry pogląd na usadowienie bakteryi w tkance. Do barwienia można się posługiwać całym szeregiem barwików, przedewszystkiem różnych barwików fioletowych pararozanilinowych w mocno rozcieńczonych rozczynach (krótkie barwienie, żeby nie przebarwić!), różnych barwików śluzowych (Heim), metodą Saathofa (zieleń metylowa + pyronina), różnymi rozczynami błękitu metylenowego z domieszką azuru, wreszcie różnemi mieszaninami błękitu i eozyny. Najczęściej używałem starszego rozczynu błękitu boraksowego według Mansona, który daje wspaniałą metachromazyę otoczek, albo krótkiego barwienia słabym rozczynem Giemsy. Czasem udaje się też przy zabarwieniu według Grama lub Claudiusa (także w różnych modyfikacyach, o których będzie mowa w II. części) uzyskać piękne zabarwienie otoczek, podbarwiając eozyną lub safraniną. Fiolet gencyanowy z formaliną według Raebigera nie daje mojem zdaniem lepszych wyników, niż zwykły fiolet, a jest w użyciu bardzo nieprzyjemny. Gdzie mi szczególniej zależało na tem, żeby napewno stwierdzić istnienie otoczki, uważałem tylko metachromatyczne zabarwienie błękitem za dowód, bo t. zw. ujemne otoczki mogą dać powód do pomyłek.

Przechodząc do szczegółów morfologicznych, chciałbym przedewszystkiem zwrócić uwagę na wielokształtność otoczki, zależną od wieku i od warunków jej powstawania lub też od różnic osobniczych, które w tej sprawie bardzo

się uwydatniają. Pierwszy ślad otoczki przedstawia się jako delikatny, liniowy rąbek, prawie nie wpływający na zwiększenie szerokości laseczki, a który sposobem Mansona lub Giemsy barwi się różowo. Potem stopniowo rąbek ten się rozszerza, a jego powinowactwo do barwików wzmaga się tak, że wreszcie mamy przed sobą otoczki, grubością 2—3 razy przewyższające samą laseczkę, zabarwione silnie czerwono według Mansona lub ciemno-fioletowo (czasem aż czarno-fioletowo) według Giemsy. Różnice osobnicze ujawniają się w tem, że wśród niekorzystnych warunków znajduje się nieznaczną liczbę laseczek otoczkowych pośród większości nagich, czasem nawet w ten sposób, że w jednej i tej samej nici jeden lub kilka członów mają otoczki, inne zaś nie. Naodwrót znajduje się wśród najkorzystniejszych warunków wśród przeważającej liczby osobników otoczkowych pewne jednostki nagie. Dobrze wykształcona otoczka nawet po dobrem utrwaleniu rzadko tylko miewa kontur zupełnie prostolinijny, najczęściej jest on lekko falisty, a czasem można spotkać bardzo dziwaczne wypaczenia jej kształtu przy rozcieraniu preparatu, prawdopodobnie z powodu wielkiej jej miękkości i wodnistości (Hamm). I tak czasem można zauważyć delikatne prążkowanie poprzeczne otoczki, sprawiające wrażenie przewężeń, a dające się sprowadzić do niejednostajnego jej kurczenia się. Zdarza się też, że przy rozsmarowywaniu substancya otoczki wyciąga się w kierunku smarowania w rąbek pędzelkowaty, nieściśle odgraniczony. Miękkością i podatnością tej substancyi tłómaczy się też zapewne to, że czasem w obrębie otoczki poszczególne osobniki przy rozsmarowywaniu zostają wysunięte ze szeregu i to czasem tak, że jeden osobnik przesunięty jest w prawo, następny w lewo, trzeci znowu w prawo i t. d. naprzemian. Także i ton zabarwienia może przedstawiać pewne wahania od jasnoróżowego do czerwono-fioletowego przy metodzie Mansona, a od różowego do czarno-fioletowego przy metodzie Giemsy. Podobnie, jak Ascoli, stwierdziłem, że przy metodzie Mansona sama laseczka nie przedstawia czysto niebieskiego tonu bakteryi hodowlanych, lecz raczej niebiesko-fioletowy; być może, że to różowo-czerwona barwa otoczki nakłada się na niebieską barwę samej laseczki, pod nią leżącej i przez to powstaje mieszana barwa fioletowa. Nadto laseczki z hodowli surowiczych mają przeważnie większą szerokość, niż laseczki nagie hodowlane (oczywiście jeśli mierzymy szerokość samej laseczki bez otoczki), lecz nie jest to bynajmniej regułą bezwzględną, bo czasem spotyka się grube laseczki nagie lub cienkie z otoczkami. Co się tyczy błony, mającej ograniczać otoczkę, a opisywanej przez Migulę i Buergera, to coprawda można czasem dostrzedz ograniczenie otoczki jako czerwoną linijkę lub jako nagromadzenie substancyi mocniej się barwiącej na brzegu otoczki, ale sądzę, że jest to poprostu wyraz kurczenia się otoczki i zagęszczenia jej obwodu nawet przy najlepszem utrwalaniu, nie zaś rzeczywiste zróżniczkowanie otoczki.

O ile laseczka otoczkowa ulega zwyrodnieniu, może przedstawiać dwa rodzaje obrazów: albo otoczka rozpływa się stopniowo w środowisku, zostawiając po sobie tylko źle odgraniczony, niewyraźny rąbek, albo też chromatyna laseczki traci zdolność barwienia się mocniejszego lub wreszcie wogóle przestaje się barwić, pozostawiając pustą otoczkę, która zwolna rozpada się w bezkształtne grudki lub kwadratowe odłamki. Ten drugi obraz spotykamy bardzo często przy rozpadzie laseczek otoczkowych w ustroju zakażonym, jak to już dawniej opisał Heim. I przy rozpadzie ujawniają się osobnicze różnice odporności, bo w takich hodowlach surowiczych pewne osobniki utrzymują się dość długo wraz z otoczkami, gdy reszta dawno już się rozpadła. Nie sądzę, żeby należało uważać te puste otoczki za najmłodsze formy rozwojowe, jak to czyni Hamm; przynajmniej, o ile chodzi o laseczki wąglikowe, ich zjawianiu się towarzyszą zawsze inne objawy zwyrodnienia.

Chciałbym wreszcie jeszcze zauważyć, że otoczki czasem barwią się także »życiowo« (ściśle mówiąc »pożyciowo«), co się Hammowi nie udało według metody Nakaniskiego. Ja mieszałem materyał z płynem Lugola i rozcieńczoną fuksyną na szkiełku przedmiotowem i nakrywałem nakrywkowem: w takich preparatach otoczki są przeważnie grubsze, niż w preparatach utrwalanych, co dowodzi, że przy wszystkich metodach utrwalania wrażliwe te twory kurczą się. Zgadza się z tem spostrzeżenie Hamma, że jego otoczkowiec, zawieszony w rozczynie kollargolu wydaje się większym, niż w preparatach utrwalanych zapomocą kwasu osmowego. Ta możliwość życiowego zabarwienia otoczki może wreszcie zdoła przekonać A. Fischera o istnieniu otoczki u laseczki wąglikowej, czemu on zaprzecza, choć właściwie już metachromazya tej otoczki może być wystarczającym na to dowodem. Kto w preparacie z hodowli surowiczej widział na błękitnem tle podłoża czerwone otoczki, ściśle odgraniczone, a w ich wnętrzu ciemnoniebieskie laseczki, ten chyba nie łatwo pomyśli, że ma przed sobą wytwór sztuczny utrwalania.

Przechodząc teraz do właściwego tematu, t. j. do fizyologii wytwarzania otoczek, zaznaczę przedewszystkiem, że do tych doświadczeń trzeba używać różnych szczepów, ponieważ zgodnie z doświadczeniami Preisza i Stiennona które sam mogłem potwierdzić, szczepy różnej jadowitości okazują też różną zdolność wytwarzania otoczek. Należy tedy stosownie do celu doświadczenia używać mocno lub słabo jadowitych szczepów, t. zn. łatwo lub trudno tworzących otoczki. Tak n. p. o ile chodzi o stwierdzenie wpływów, sprzyjających otoczkowaniu lub hamujących je, najlepiej użyć szczepu trudno otoczkującego, jeżeli natomiast zechcemy stwierdzić, czy wśród niekorzystnych warunków otoczki wogóle jeszcze się tworzą, weźmiemy szczep, z łatwością tworzący otoczki. W doświadczeniach swoich rozporządzałem 56 różnymi szczepami, które po części wziąłem ze zbioru tutejszego Zakładu, po części zaś zawdzięczam łaskawej uprzejmości WP. Profesorów Ascolego, Heima, Nowaka, Preisza i Ružicki, a które przedstawiają całą skalę od najwyższej jadowitości aż do szczepów zupełnie dla zwierząt nieszkodliwych. Zupełnie niejadowite szczepy zwyrodniałe, niezdolne do zarodnikowania (dwie stare szczepionki Pasteurowskie i jeden szczep zwyrodniały przez dłuższe hodowanie przy 42° C), które i morfologicznie przedstawiają się jako *formae depauperatae*, t. j. jako smukłe laseczki nie tworzące nici, — nie mają też zdolności tworzenia otoczek, natomiast u wszystkich innych jest ona mniej lub więcej rozwinięta. (C. d. n.)

(C. d. n.)

Z oddziału chirurgicznego wiedeńskiej Polikliniki powszechnej. Kierownik: Doc. Dr Pupovac.

Almateina w chirurgii.

Podał

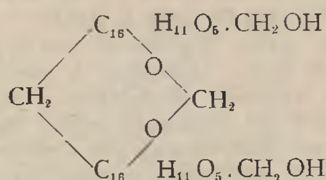
Dr Ernest Venus, asystent oddziału.

Almateiną zowie się nowy przetwór farmaceutyczny, z formaldehydu i hematoksyliny zestawiony i zbadany[1]) przez chemika Lepetita w Medyolanie.

Pomysł przetworu powstał ze znanego już oddawna w biegunce zastosowania wywarów kampeszowych, których skuteczną część składową — hematoksylinę — Chevreul pierwszy wydobył w stanie czystym.

Wywary kampeszowe mają, z natury rzeczy, skład bardzo chwiejny i nie są trwałe. Lepetit próbował przeto wydobyć produkt ostateczny ze skrystalizowanej i należycie określonej hematoksyliny zapomocą działania aldehydu kwasu mrówczanego i uzyskał w istocie jako produkt odczynu, delikatny, czerwonawy, do światła dwubarwnie się mieniący proszek, który w silniejszym stopniu objawiał właściwości hematoksyliny.

Wedle nowych poszukiwań chemicznych[2]) ma almateina skład $C_{38}H_{32}O_{14}$, wedle czego powstaje formuła:



Jest to nadzwyczaj delikatny, ceglasty proszek bez smaku i zapachu, który nie rozpuszcza się w zimnej wodzie i chloroformie, bardzo mało we wrzącej wodzie, dość łatwo w wyskoku i stężonym kwasie octowym, natomiast bardzo łatwo rozpuszcza się w glicerynie i płynach alkalicznych. Almateina rozkłada się pod wpływem wysokiej ciepłoty, wydziela formaldehyd i skomplikowane wielocząstkowe substancye pochodne formaldehydu i hematoksyliny.

Niebawem okazało się, że przetwór ten posiada także w zastosowaniu zewnętrznem bardzo cenne przeciwgnilne, ściągające i ziarnkowanie przyśpieszające właściwości tak, że podjęto w tym względzie dalsze doświadczenia.

Farmakologicznie badał almateinę Prof. Valenti, a z jego wywodów był dla naszych niżej podanych doświadczeń ten szczegół ważny, że przetwór jest w zastosowaniu zewnętrznem bezwarunkowo niedrażniący i nietrujący.

Od kilku miesięcy czyniliśmy na naszym materyale ambulansowym w 500 przypadkach badania i doświadczenia z almateiną, bądź we formie zasypki, bądź też we formie gazy almateinowej.

Stosowano almateinę do ran czystych, jakoteż do zakażonych ran ciętych, dartych i miażdżonych, do wrzodzianek *(furunculus simplex* i *compositus)*, dalej do ropowic, zastrzałów, zanokcic, do ropniejących gruczolaków limfatycznych, oparzelin, liszajów-półpaśców, w przypadkach żylakowych wrzodów goleni, ostrego i sączącego wyprysku, nowotworów w stawie, wreszcie na przetoki gruźlicze i pozostałe po operacyach.

Jodoform da się w rzeczy samej tylko takim środkiem zastąpić, który będąc przeciwgnilnym i niedrażniącym, przyspiesza ziarnkowanie, nie działa trująco, lecz osuszająco i który wreszcie nie ma woni.

Wszystkim tym wymaganiom uczyniła zadość almateina. Chociaż, jak wspomniałem, użyliśmy jej w 500 przypadkach, w niektórych razach, jak przeciw wrzodom goleni — we wielkich ilościach przez szereg tygodni, nie zauważyliśmy nigdy w okolicy wyprysku, ani innych zapalnych objawów wskutek podrażnienia, nie widzieliśmy nigdy trujących objawów z wessania.

Uderzającem było działanie almateiny pod względem przyspieszania ziarnkowania. Rany ropiejące, brudno obłożone, oczyszczały się bardzo prędko i można było bardzo rychło zauważyć powstawanie świeżych, czerwonych ziarnin. Celem kontroli, leczyliśmy często u chorych, mających dwie lub więcej zakaźnych ran dartych i miażdżonych, jedną ranę jodoformem lub kseroformem, a drugą ranę almateiną. Okazywało się niemal zawsze, że rana leczona almateiną oczyszczała się i ziarnkowała rychlej, niż rana druga.

Dwukrotnie też leczyliśmy chorych na półpasiec *(herpes zoster)* w ten sposób, że jedną stronę liszaja opatrywaliśmy kseroformem, drugą zaś almateiną. I w tych razach stwierdziliśmy, że strona opatrzona almateiną rychlej została wyleczoną.

Przy cuchnących, starych żylakowych wrzodach na nogach, mogliśmy dokładnie sprawdzić odwaniające i przyspieszające ziarnkowanie działanie almateiny.

Zdarzyło się przypadkiem, że mieliśmy w ostatnich miesiącach kilku chorych z przetoką żołądka, założoną skutkiem raka przełyku, u których wytworzył się u otworu przetoki wyprysk, częstokroć bardzo dokuczliwy i bolesny. Nie mogąc usunąć wyprysku zapomocą maści, ani suchego leczenia, zastosowałem almateinę. Sączenie ustawało skutkiem tego prędko i wyprysk goił się w najkrótszym czasie.

Najlepsze doświadczenia poczyniliśmy wszakże przy leczeniu oparzelin. Wobec świeżych oparzelin postępowaliśmy w ten sposób, żeśmy otwierali pęcherze aseptycznie, usuwali wedle możności skórę zmartwiałą, a następnie posypywali miejsce oparzone gęsto almateiną, kładli na to suchy opatrunek i wedle możności pozostawiali go przez kilka dni w spokoju. Zaraz przy pierwszej zmianie opatrunku uderzał wprost widok, jak się pozostałe części zmartwiałe pooddzielały, a zewsząd od brzegu rany począł się nasuwać naskórek. Ropienie rychło ustawało, a zabliźnienie powstawało szybko.

Zdołaliśmy także co do oparzelin stwierdzić zapomocą leczenia porównawczego, że rany opatrywane almateiną, rychlej się goiły, niż rany leczone kseroformem.

Almateina zastępuje doskonale jodoform, który tem przewyższa, że nie działa trująco i jest bezwonną. Nadaje się szczególnie w tych wszystkich przypadkach, w których chodzi o wywołanie skutków, ograniczających wydzielanie, a przyspieszających ziarnkowanie.

[1]) Vierteljahreschrift für praktische Pharmazie, Nr 3, 1905.

[2]) Analiza Prof. Dr Roberta Scholla, kierownika zakładu chemicznego przy uniwersytecie w Grazu.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Grossmann. **O operacyjnem leczeniu przepuklin w wieku dziecięcym.** (*Münch med. Wochs.* 1908, Nr 19). Utarło się w chirurgii zupełnie niesłuszne zdanie, że małych dzieci, cierpiących na przepukliny, nie należy operować, bo przepukliny w tym wieku ustępują nieraz zupełnie pod paskami i opatrunkami, a operacya u dzieci ma być niebezpieczną. G. twierdzi, że zdania te nie są słuszne. Leczenie paskami u dzieci n. p. przepuklin pachwinowych jest bardzo trudne ze względu na zachowanie czystości skóry, a często przepuklina leczy się tylko pozornie, potem znów nagle występuje. Natomiast operacya przepukliny nie grozi zdaniem G. żadnem niebezpieczeństwem, zwłaszcza, że u dzieci nie potrzeba żadnych wielkich zabiegów i wystarcza proste podwiązanie i zapuszczenie worka przepuklinowego; conajwięcej potrzeba czasem dodać 2—3 szwów celem zwężenia wrót przepuklinowych. G. operował n. p. 79 przepuklin pachwinowych (z tego 11 obustronnych) u dzieci. 10 dzieci liczyło zaledwie 3 miesiące życia, a 18 rok życia. Przez to nie odrzuca G. jednak wcale leczenia zachowawczego; należy go próbować, ale na niem nie poprzestawać. Często przepukliny u dzieci są przyczyną ciężkich zaburzeń jelitowych, które znikają zaraz po operacyi. *K.*

Albu. **W sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 17). Zapalenie ostre. Ciekawą jest rzeczą, że jeszcze obecnie panują bardzo różne zdania co do leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. Znakomici klinicyści wygłaszają zdania wprost przeciwne, tak n. p. Riedel sądzi, że kto zachorował na zapalenie wyrostka, powinien się zaraz dać operować, Sonnenburg lekkie przypadki poleca leczyć olejem rącznikowym, a inni znów zachwalają makowiec. Wychodzi się tu z błędnego założenia, bo na zasadzie statystyk i t. p. chce się koniecznie wprowadzić pewien szablon i tej lub owej metodzie przyznać palmę pierwszeństwa. Dla lekarza praktycznego jest to nawet tylko utrudnieniem działania, bo nie opiera on się już potem na objawach klinicznych, ale na pewnej zasadzie. Ciężki lub lekki przebieg choroby zależy od zachowania się otrzewnej. W przypadkach o łagodnym prze-

biegu nie stwierdza się nigdy raptownego pogorszenia, o ile oczywiście lekarz śledzi przebieg ich stale i uważnie. W wielu z nich potem następują nawroty o jeszcze lżejszym przebiegu. Przypadki ciężkie odeszle każdy lekarz do operacyi, zdania więc różnić się mogą jedynie co do leczenia przypadków o łagodnym przebiegu, a tu co do operacyi rozstrzyga znów nie lekarz, lecz raczej chory lub choroba sama, n. p. częste nawroty. Olej rącznikowy pomódz może jedynie tam, gdzie sprawa w wyrostku jest zarazem wyrazem ostrego zajęcia jelit; te przypadki są jednak rzadkie. Tam jednak, gdzie sprawa zajmuje tylko wyrostek, olej rącznikowy nie pomoże, a raczej zaszkodzi. Co do makowca, to trudno naprawdę znaleść dla podawania jego wskazanie.—Zapalenia przewlekłe. Według A. rzadko gdzie robi się tyle bezcelowych i niepotrzebnych operacyi, jak przy zapaleniu wyrostka (na zimno). Coraz częściej słyszymy o operacyach, które nietylko nic nie pomogły, ale po których nawet przypady się pogorszyły, a to dlatego, że i przed operacyą nie był ich źródłem wyrostek. Dawniej operowano podobnie zaciekle przepuklinę nadbrzuszną, uważając ją za przyczynę wszystkich możebnych bolów w jamie brzusznej. Powinno się operować nie dlatego, że ktoś ma wyrostek, który może i uległ zmianom ale dlatego, że zachodzi konieczna potrzeba. *K.*

Prof. Burkhardt. **O pęknięciach odbytnicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 24). Pęknięcia odbytnicy niezmienionej należą do rzadkości. B. spostrzegał przypadek takiego pęknięcia u młodego człowieka, które wystąpiło wśród oddawania stolca i wywołało zapalenie otrzewnej, ponieważ kał dostał się do jamy brzusznej. Mimoto udało się chorego przez operacyę uratować. Mechanizm powstawania takich pęknięć jest jeszcze ciemny. — Bardzo często powstają pęknięcia u ludzi, cierpiących na wypadnięcie odbytnicy. Z 14 opisanych dotąd przypadków 6 razy było przedtem wypadnięcie, raz uchyłek, a dwa razy ropienie. Pęknięcie występuje najczęściej przy oddawaniu stolca lub przy podnoszeniu ciężaru. Chorzy odczuwają zwykle podmiotowo chwilę pęknięcia. *K.*

Prof. Payr. **Zapalenie guzów krwawniczych i jego leczenie.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 18). Krwawnice uważa P. jedynie za rozszerzone żyły. Znikają one nieraz same, lub też po operacyi niedoszczętnej. Guzy krwawnicze wywołują czasem napady nie wskutek, jak często mylnie się sądzi, uwięźnięcia, (bo uwięznąć mogą tylko guzy wewnętrzne), ale częściej zakrzepów i spraw zapalnych w samych żyłach. Napady takie leczyć można, o ile nie są groźne, zachowawczo. Lekarz praktyk często bywa wzywany w podobnych przypadkach i wtedy poleca P. zamiast odsyłania chorych do operacyi sposób prosty, którego nawet zawsze sam używa. Sposób ten polega na nacięciu guza zapalonego, wygarnięciu skrzepów i wypełnieniu jamki proszkiem: *Jodoform Anaesthesin aa 3,0, Cocain mur. 0,3.* Nacięcie wykonuje się w znieczuleniu miejscowem, chory już na drugi dzień może wstać i oddać się swemu zajęciu. Krwotoku przytem niema, a ulga bardzo wielka i szybka. Nieraz po tem nacięciu krwawnice nie sprawiają już żadnych dolegliwości. *K.*

Rosenthal. **Samodzielnie trzymający się rozszerzacz do powłok brzusznych.** (*Medycyna i Kronika lek.* 1908, Nr 18). W r. 1906 podał R. opisany poniżej rozszerzacz, obecnie jednak donosi o nim obszernie, bo po pierwsze Dr Schubert z Wrocławia podał obecnie podobny, a powtóre przekonał się R. przy licznych operacyach o zaletach swego narzędzia. Rozszerzacz ten składa się z ramy prostokątnej w kształcie litery U. Jedno z ramion pionowych jest ruchome. Końce obu ramion pionowych opatrzone są płytami w kształcie łyżek Fritscha, osadzonemi na zawiasie ruchomo. Przy założeniu przysuwa się pręt ruchomy do stałego, a po założeniu łyżek na powłoki odsuwa dowolnie. Sprężyste ściany brzuszne utrzymują rozszerzacz w danem położeniu. Ramę kładzie się na nadbrzusze lub na nogi chorego. Dodać można jeszcze 3. łyżkę, zahaczając ją na pręcie poziomym. *K.*

Borszèky. **Chirurgiczne leczenie trawiennego wrzodu żołądka i dwunastnicy, jakoteż powikłań i ostateczne wyniki leczenia.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 57, Z. I.). Na podstawie rozległego doświadczenia z kliniki Reczeya i innych uważa B. połączenie żołądka z jelitem za zabieg, który przy wrzodzie daje najlepsze wyniki. Operować powinno się jednak jedynie tam, gdzie leczenie wewnętrzne nic nie pomaga, lub gdzie po wygojeniu się wrzodu pozostały powikłania. Operacye z powodu silnego krwotoku zwykle kończą się niepomyślnie. W doświadczeniach swych na zwierzętach przekonał się B., że jeżeli odźwiernik jest drożny, treść żołądka odpływa nietylko przez otwór gastroenterostomii, lecz także dalej częściowo i odźwiernikiem. Wobec tego w podobnych przypadkach u ludzi nie może operacya działać wstrzymująco na krwotok. Przez podawanie kwasu solnego po operacyi tworzą się wrzody w jelicie cienkiem, ale nie zawsze; przyczyny występowania ich szukać należy przeto jeszcze w czemś innem. *K.*

Clairmont. **O doświadczalnie wywołanym wrzodzie żołądka i o jego leczeniu przez połączenie żołądka z jelitem.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 86, Z. I.). Praca C. jest niejako sprawdzeniem podobnej pracy Fiebicha. Fiebich twierdzi, że przez podwiązywanie gałęzi naczyniowych ścian żołądka, dalej przez wycinanie i przypalanie ubytku kwasami udaje się u zwierząt wywoływać sztucznie wrzody żołądka. Połączenie żołądka z jelitem wpływać ma bardzo korzystnie na gojenie się wrzodu. Otóż doświadczenia C. stwierdzają zupełnie co innego. Wrzodów sztucznie nie zdołał on wywołać, bo wszystkie ubytki miały zawsze dążność do gojenia się. Przy wpuście ubytki goją się znacznie prędzej, niż przy odźwierniku. Połączenie żołądka z jelitem nie wpływa wcale na szybsze gojenie się ubytków. *K.*

Carnot. **Doświadczalne badania nad gojeniem się wrzodu żołądka.** (*Tow. biolog. w Paryżu* 9. V. 1908). Przez wycięcie ściany można otrzymać wrzody żołądka. Wrzód taki goi się jednak rychło i zmniejsza się bardzo, tak że małych wycięć zupełnie potem nawet nie znać. Kawałeczki błony śluzowej, przyłożone na ubytki, przyspieszają znacznie gojenie. Kawałki te podawał Carnot także przez usta z wynikiem dobrym (?). C. sądzi, że może z tego da się zrobić jaki użytek leczniczy. *K.*

Plettner. **Wgłobienie jelit u dzieci.** (*Tow. lek. i przyrodn.* Drezno, 29. II., 1908). Wgłobienie jelit u dzieci występuje po silnych zaparciach stolca, najczęściej w porze ciepłej, lub też w czasie odłączania od piersi. Wgłobienie u dzieci samo nigdy się nie leczy i nawet po wydaleniu części wgłobionej często kończy się śmiertelnie. Rozpoznanie jest czasem bardzo trudne. Niemożność rozsunięcia wgłobienia u dzieci przy operacyi równa się prawie śmierci, dlatego też powinno się operować jaknajrychlej, a nigdy nie wolno liczyć na samowyleczenie. Makowca nie wolno podawać. Przy rozsuwaniu wgłobienia należy najpierw uwolnić ze zrostów szyję wgłobienia, a potem wsunąć oba palce wskazujące między część środkową, a wewnętrzną, i od środka wysuwać część środkową. Zwykle w ten sposób udaje się rozsunąć wgłobienie. *K.*

Jerusalem. **W sprawie następowego leczenia po laparotomii.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 28). Przypadłości po operacyach w jamie brzusznej pochodzą najczęściej z wytwarzania się zrostów. Wszelkie polecane dotąd przeciw nim środki, jak wlewania wysokie, wpędzania powietrza, podskórne wstrzykiwania fizostygminy i t. p. nie mogą zapobiedz, ani wyleczyć tych spraw. J. otrzymał znakomite wyniki w 21 podobnych przypadkach przy stosowaniu dużego dzwonu Klappa na bliznę i na inne bolesne miejsca brzucha. Działanie tu jest tak mechaniczne (odrywanie zrostów), jak i fizyologiczne (przekrwienie), o czem przekonał się J. naocznie, zakładając dzwon wygotowany u chorych tuż przed operacyą, jakoteż badając działanie dzwonu na zwłokach. Dzwon zakładać należy 1—2 razy dziennie na 20—30 minut, nieraz przez 2 do 3 tygodni. *K.*

Sommer. **Zachowywanie się tchawicy przy wolu.** (*Tow. przyr. i lek. w Dreznie* 22. II. 1908). Ucisk tchawicy przez wole zależy w wielkiej mierze od stanu mięśni szyjnych; gdy one są wiotkie, wole wysuwa się na zewnątrz, gdy zaś są silne, wole wpycha się ku środkowi. Badanie zewnętrzne wola nie może nigdy dać dokładnego wyobrażenia o stosunkach koło tchawicy, gdyż właśnie ucisk wywołują wole mniejsze, t. j. silniej wpychane ku środkowi przez mięśnie, a nie duże, wiszące na zewnątrz. Dlatego też chorych badać należy zawsze śródkrtaniowo wziernikiem. Często od zewnątrz widać jednostronne duże wole, a badanie śródkrtaniowe stwierdza, że ucisk na tchawicę jest właśnie z drugiej strony przez jakiś mały guzek, nie dający się nawet od zewnątrz dobrze wymacać. Wynik operacyi co do następowej poprawy uciśniętej tchawicy nawet w najcięższych przypadkach jest zawsze bardzo dobry. Także przy badaniu wolów podmostkowych badanie wziernikiem oddaje nieocenione usługi i rozjaśnia nieraz sytuacyę. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Srdinko. **Stosunek płci noworodków w Austryi.** *Arch. f. Gyn.* tom 84, zeszyt III.). We wszystkich prawie państwach Europy spis ludności stwierdza zawsze przewagę płci żeńskiej, gdy wśród noworodków przeważa płeć męska. (W Austryi według spisu ludności w r. 1900, na 100 kobiet przypada 96,61 mężczyzn, wśród noworodków na 100 dziewcząt przypada

106,557 chłopców). Zdaje się, że stosunek płci wszystkich istot żyjących jest mniej więcej liczbą stałą. Różne czynniki zdają się wpływać na uregulowanie stosunku płci. Stwierdzono, że brak mężczyzn w jakimś kraju po wojnie, wyrównywa się w następnych latach przez to, że przez ten czas rodzi się więcej chłopców. Stare (ponad 30 r. ż.) pierwiastki rodzą na 100 dziewcząt 120—130 chłopców. Düsing twierdzi, że i wieloródki rodzą więcej chłopców, jeżeli między porodami upływają dłuższe okresy. Częstsze spółkowanie mężczyzny ma również wywoływać potomstwo płci męskiej. Fiquet łączył u zwierząt wpływ dobrego i złego odżywienia z wpływem częstego i rzadkiego spółkowania i miał w ten sposób uzyskiwać dowolnie potomstwo męskie lub żeńskie. Thury sądzi, że z jajek wcześnie zapłodnionych powstają płody żeńskie i naodwrót, i tem tłómaczy przewagę noworodków męskich u żydów. Według rytuału żydowskiego nie wolno spółkować 7—14 dni po miesiączkowaniu, wskutek czego zapłodnienie jajka następuje, zdaniem T., późno i w następstwie powstają płody męskie. Odżywienie ma pewien wpływ na stosunek płci w tem znaczeniu, że dobre odżywienie przyczynia się do pomnożenia urodzeń noworodków żeńskich i odwrotnie. Hampe obliczył stosunek płci u dzieci biednych rodziców na 115 (t. j. 115 chłopców na 100 dziewcząt) bogatych na 104,5. Podobne liczby otrzymuje się przez porównanie krajów biednych i zamożnych. Tu należy również znaczna przewaga urodzeń chłopców u narodów wymierających (Australia, Ameryka); zawsze więc wysoki stosunek płci męskiej jest złym znakiem dla przyszłości narodu. Na wsi rodzi się więcej chłopców, aniżeli w mieście. Także i pora roku ma mieć pewny wpływ; Düsing stwierdził większą ilość zastąpień na wiosnę i w lecie z przewagą noworodków żeńskich, a mniejszą w jesieni i zimie z przewagą noworodków męskich. Dalej zauważono, że matki bardzo młode i stare rodzą głównie chłopców, matki zaś w średnim wieku głównie dziewczęta, co ma zależeć od wpływu odżywienia. Hofacker i Sadler stwierdzili znowu, że w małżeństwach, w których ojciec jest znacznie starszy od matki, więcej rodzi się chłopców. Małżeństwa bardziej skrzyżowane płodzą więcej dziewcząt, a więc n. p. w miastach, gdzie panuje wielki ruch obcych, dalej, gdy rodzice są różnego wyznania, wśród dzieci nieślubnych i t. d. W drugiej części swej pracy podaje autor wyniki swych badań nad stosunkiem płci w Austryi, uwzględniając przy tem dzieci żywo i nieżywo urodzone, ślubne i nieślubne, pory roku, wielkość miejscowości, wyznanie, wiek i zawód rodziców, czas trwania małżeństwa, stosunek przy porodach mnogich i narodowość. Stosunek płci w Austryi wynosi 106,557, w Galicyi 106,71. Autor tłómaczy tę różnicę wielką liczbą małżeństw żydowskich w Galicyi, u których stosunek płci noworodków wynosi 112,06, gdy u katolików tylko 106,00. Stosunek płci w Galicyi, uwzględniając tylko narodowość polską i ruską, jest mniejszy, aniżeli średni w całej Austryi i w Niemczech 106,00: 106,557. Schuhman obliczył stosunek płci u Rosyan tylko na 101, u Anglików 104, Węgrów 110, Greków 111. Przyrost ludności czy jakiegoś gatunku zwierząt zależy przedewszystkiem od liczby osobników żeńskich. Gdyby z jakiegoś gatunku zwierząt pozostało kilka osobników męskich, a tylko jeden żeński, to w razie śmierci tego osobnika cały gatunek skazany jest na zagładę. Dla dalszego więc istnienia i rozwoju jakiegoś gatunku czy narodu, liczba kobiet odgrywa bardzo wielką rolę. To też nizki stosunek płci u narodów słowiańskich jest dla nich bardzo korzystnym znakiem na przyszłość. Faktem jest, że Słowianie płodzą więcej dziewcząt, aniżeli Niemcy. Najmniejszy stosunek płci, a więc najwięcej noworodków żeńskich wykazują Rosyanie, później idą Serbo-Kroaci, Słoweńcy, Rusini, Polacy, a na końcu Czesi. *Dr E. Ehrenpreis.*

Doc. Zurhelle. **Zakrzep i zator po operacyach ginekologicznych.** (*Arch. f. Gyn.* tom 84, zeszyt II.). Zatory i zakrzepy występują najczęściej po operacyach mięśniaków macicy, w następstwie zmian serca i naczyń, którym tak często ulegają kobiety, cierpiące na mięśniaki. Nadto zauważył Z., że zakrzepy częściej znowu występują u chorych zamożnych, aniżeli u biednych, które zmuszone pracować do ostatniej chwili, nie zwlekają tak długo z operacyą, nie przychodzą więc tak osłabione i niedokrwiste do operacyi, wskutek czego i serce nie odmawia tak prędko posłuszeństwa. Na drugiem miejscu pod względem występowania zakrzepów po operacyach ginekologicznych stoją nowotwory złośliwe, a szczególnie rak macicy. I tutaj są zatory i zakrzepy następstwem niedokrwistości i ogólnego charłactwa, a nadto ucisku na naczynia płynu, gromadzącego się w jamie brzusznej. W końcu według najnowszych badań nowotwory same, przez wytwarzanie jakichś substancyi trujących czynią krew bardziej krzepliwą. Mechanicznym czynnikiem, sprzyjającym powstaniu zakrzepu, jest czasem bezpośredni ucisk nowotworu na naczynia, lub też obrośnięcie i przerośnięcie ich tkanką nowotworu, w końcu podwiązki, zakładane przy operacyi. Wyjęcie tych podwiązek może znowu wywoływać zatory. Rzadko zdarzają się zakrzepy i zatory po operacyach plastycznych i poprawiających położenie macicy, a tu najczęstszą ich przyczyną jest zakażenie przy operacyi i ropienie w ranie. Najrzadziej zaś występują zakrzepy po operacyach guzów jajnikowych (torbiele, skórzaki). Do ogólnych przyczyn, sprzyjających powstaniu zatorów płucnych po operacyach ginekologicznych, należy zatrzymanie gazów jelitowych, wywołujących ucisk na naczynia. Nagłe opróżnienie jelita i odejście gazów usuwa ten ucisk, przyspiesza nagle krążenie krwi, która porywa wtedy cząstki zakrzepu, przez co powstaje zator. Zator może również wywołać każde nagłe wstrząśnienie ciała, n. p. przy kaszlu i kichaniu, nagłe wstanie z łóżka, zbytnie natężenie tłoczni brzusznej i i. Powstaniu zakrzepu sprzyja zbytnie ochłodzenie ustroju przez długo trwające otwarcie jamy brzusznej, uśpienie, uszkodzenie naczyń, szczególnie przy rozrywaniu zrostów, utrudnienie odpływu krwi z kończyn dolnych przez zbyt silne założenie opasek, a także czasem ułożenie operowanej z podniesioną miednicą według Trendelenburga, szczególnie u chorych z ciężką chorobą sercową i u otyłych. — Dla rozpoznania zakrzepów pewne znaczenie ma mieć objaw Mahlera, według którego jeszcze przed wystąpieniem innych objawów zakrzepu tętno się przyspiesza (»Kletterpuls«) i to przy prawidłowej ciepłocie ciała. Z innych objawów wymienia Z. miękkość tętna, bolesność części ciała, zajętej zakrzepem, szczególną jej wrażliwość przy ucisku, kaszlu, kichaniu, parciu, pewną jej ociężałość i bezsilność i występowanie różnych sensacyi; nadto różnego rodzaju przypadłości żołądkowe, zaburzenia przy oddawaniu moczu, bole w pachwinach, w głębi miednicy, w kiszce stolcowej i wzdęcia. W każdym przypadku, podejrzanym o zakrzep, należy koniecznie mierzyć obwód kończyn dolnych, pamiętając jednak, że kończyna prawa zwykle jest grubsza. — Leczenie przedewszystkiem powinno być zapobiegawcze. W tym celu należy każdą chorą przed operacyą odpowiednio przygotować przez wzmocnienie stanu ogólnego i czynności serca. Dzień przed operacyą nie należy podawać zbyt silnych środków przeczyszczających i nie kazać chorej pościć, owszem należy podać dyetę posilną, choć lekką, i zawsze trochę wina. Przy operacyi należy ciepło ustroju o ile możności utrzymać przez małe cięcie brzuszne, szybkie operowanie i stosowanie ciepłych lewatyw. Po operacyi należy założyć opaskę, ale niezbyt silnie, chorą ułożyć z podniesionym grzbietem, zalecić jej częste wykonywanie głębokich wdechów i ruchów kończynami, i podać jej dostateczną ilość ciepłych płynów przez usta, czy podskórnie, czy też jako lewatywy. Dolną część łóżka należy podnieść i to tem wyżej, im chora bardziej jest niedokrwista i osłabiona. Niektórzy radzą rozpocząć zaraz w pierwszym dniu po operacyi miesienie i gimnastykę kończyn; niemniej wskazane jest wczesne wstawanie z łóżka, nawet, jeżeli można, zaraz na drugi dzień po operacyi. W końcu należy i stolec wywołać dość wcześnie. Jeżeli mimo tych wszystkich środków ostrożności powstał zakrzep, należy się starać ochronić chorą przed powstaniem zatoru i w tym celu przedewszystkiem zalecić bezwzględny spokój. Przy zakrzepie żył udowych trzeba chorą kończynę natychmiast w lekkiem zgięciu unieść do góry, a to tylko przez podniesienie całej dolnej części łóżka o 10—50 ctm. Tylko w ten sposób można przyspieszyć odpływ krwi z kończyny ku sercu, gdyż ona płynie wówczas po jednostajnej równi pochyłej; przez uniesienie samej tylko kończyny zostaje odpływ krwi raczej zwolniony, gdyż wówczas górne części żył udowych i miednicowych stanowią właśnie najniższy punkt żylnego słupa krwi, płynącego od nogi do serca. Celem zmniejszenia bolu zawija się kończynę okładem Priessnitza, zwilżanym we wodzie, alkoholu lub octanie glinowym. Czynność serca należy równocześnie skrzepić przez podawanie środków sercowych, jak kamfora, eter i i.; stolec powinien być lekki celem zmniejszenia czynności tłoczni brzusznej. Gdy już obawa przed powstaniem zatoru minęła i ciepłota ciała przez 2 tygodnie utrzymywała się w granicach prawidłowych, radzi Marhais rozpocząć ruchy bierne, a po 4 dniach przejść do czynnych; przytem należy je najpierw wykonywać w stawie stopowym i stopniowo, miesząc równocześnie ostrożnie mięśnie, co kilka dni w stawach wyżej położonych. Po 2 tygodniach może się chora przejść. W razie podniesienia się ciepłoty, należy to leczenie mechaniczne przerwać i 2 tygodnie po ostatniem wzniesieniu na nowo je rozpocząć. Tam, gdzie mimo tych środków ochronnych nastąpił zator, należy natychmiast stosować eter, kamforę, miesienie serca i morfinę w dawce najmniejszej 0,02, nawet przy wiel-

kiem osłabieniu i niedokrwistości. Morfina zmniejsza odrazu ból kłujący opłucny i pozwala chorej głęboko oddychać, co ma wielkie znaczenie dla wyrównania krążenia. Nadto polecają bańki suche, okłady Priessnitza i zawijanie. Celem zapobiegania zakażeniu zatoru wskazane jest świeże, czyste powietrze.

Dr E. Ehrenpreis.

Doc. Baisch. **O stałych wynikach przy leczeniu gruźlicy narządu rodnego i otrzewnej u kobiety.** (*Arch. f. Gyn.* t. 84, zeszyt II.). Najkorzystniejszą postacią jest gruźlica otrzewnej z puchliną brzuszną. W toku gruźlicy otrzewnej peryody występują zwykle bardzo późno i płodność po wybuchu choroby prawie zawsze zupełnie ustaje. Z 34 chorych, leczonych chirurgicznie przez wypuszczenie płynu przesiękowego, umarło 12 chorych, wyzdrowiało 22; ponieważ u 21 wyleczenie trwa już od 2—9 lat, a o stałem wyleczeniu można mówić po upływie 4 lat od operacyi, przeto stałe wyniki, wynoszące tu 70 prc., można uznać istotnie za bardzo dobre. Z 4 chorych leczonych zachowawczo 2 umarły, a 2 wyzdrowiały = 50 prc. Złe rokowanie i złe wyniki nawet przy leczeniu operacyjnem dają przypadki z równoczesnem powikłaniem gruźlicą płuc i opłucnej. Niekorzystnym czynnikiem jest również gorączka przed operacyą, tak że zdaniem autora stanowi ona tam, gdzie się przez dłuższy czas utrzymuje, wprost przeciwwskazanie do operacyi. Niekorzystne jest w końcu rokowanie w przypadkach ogólnego osłabienia, n. p. w przebiegu wady sercowej, ciąży i połogu. — Gorsze wyniki daje sucha gruźlica otrzewnej, wiodąca do zrostów. Z 22 takich chorych umarło 11 = 50 prc.; z tych 8 leczono zachowawczo. Z 11 operowanych wyzdrowiało i uzyskało zupełną zdolność do pracy 8 chorych. I tu operacya polega tylko na otwarciu jamy brzusznej. Zrostów rozrywać nie należy, by chorej nie narazić na niebezpieczeństwo powstania przetoki kałowej. Trzecią postać stanowi gruźlica trąbek; i tu leczenie operacyjne daje najlepsze wyniki. *Dr E. Ehrenpreis.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Elektro-radiofor. Do leczenia chorób sterczu światłem i ciepłem podał Kornfeld przyrząd, nazwany elektro-radioforem. Składa się on ze wziernika stolcowego z odpowiedniem wycięciem na gruczoł krokowy i okrągłej elektrycznej lampeczki. Stercz naświetla się, ułożywszy chorego na czworakach, 5—15 minut. Do leczenia nadają się głównie przypadki twardych i bolesnych nacieków, zboczenia w zdolności płciowej, nerwice płciowe i t. p. *K.*

Odżywianie mlekiem krowiem z żelazem. Weterynarz Bonatz z Berlina przez odpowiednie karmienie krów uzyskuje mleko, bardzo obfitujące w żelazo. Smak mleka przytem się nie zmienia. Schnütgen podawał to mleko z bardzo dobrym skutkiem (1—2 litry dziennie) chorym na cukrzycę, bladnicę, gruźlicę, białaczkę i t. p. Odsetek hemoglobiny, jakoteż ilość ciałek czerwonych wzrastała wybitnie, podobnie i waga ciała. Leczenie prowadzi się 4—6 tygodni. *K.*

Przy wrzodzie żołądka podaje Elsner zimny odwar proszku »hygiama« w mleku, a od 6. dnia masło, śmietankę, sucharki i surowe jaja. *K.*

Linowal, nową zaróbkę do maści, działającą bakteryobójczo poleca Salomon. Linowalu nie można mieszać jedynie ze środkami alkalicznymi i kwasami, natomiast można go łączyć z ichtyolem, przetworami salicylu, chryzarobiną, cynkiem i t. d. Stosując linowal, otrzymał Salomon bardzo dobre wyniki przy mnogich czyrakach, przewlekłych wypryskach, trądziku, wrzodach goleni i t. p. Głównym składnikiem linowalu jest lotny kwas tłuszczowy, otrzymywany w rafineryach oleju lnianego. *K.*

Toczeń skóry leczy Senger wcieraniem w miejsca zajęte maści z tuberkuliną (5—10 prc.). Występuje przytem odczyn, wśród którego S. naświetla jeszcze chore miejsca promieniami Röntgena celem uniknięcia nawrotów. *K.*

Chleb migdałowy w cukrzycy poleca Le Goff. Z pół funta słodkich migdałów otrzymać można około 300 grm. chleba. Dla lepszego smaku dodaje się do ciasta soli, cytryny lub wanilii, i wreszcie proszku do pieczenia, by chleb dobrze urósł. Chleb ten ma wcale dobry smak, a ze względu na wielką zawartość tłuszczu, a małą węglowodanów, nadaje się dobrze w tych przypadkach cukrzycy, gdzie jest wysoki odsetek cukru, a chorzy mają wielkie łaknienie. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Sprawozdanie z posiedzeń XIII—XVII, poświęconych sprawie **zapalenia wyrostka robaczkowego**

zestawił **Witołd Nowicki.**

(Ciąg dalszy).

3) Dr Progulski: **Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci.**

Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci zasługuje na uwagę ze względu na pewne odrębności i właściwości, znamienne dla wieku młodocianego. U dzieci istnieje szczególniejsza skłonność do tego cierpienia, a przyczyną jej jest prawdopodobnie obfitość tkanki limfatycznej wyrostka, częstość chorób przewodu pokarmowego, odmienna budowa anatomiczna dziecięcego wyrostka i niekorzystne jego położenie w miednicy małej. Zapalenie wyrostka wydarza się u dzieci częściej, aniżeli dawniej sądzono, kiedy na chorobę tę nie zwracano tej uwagi, co obecnie. Chociaż w wieku powyżej lat 5 występuje zapalenie wyrostka nierównie częściej, to jednak i oseski nie są wolne od niebezpieczeństw tego cierpienia. Referent spostrzegał zapalenie wyrostka u 6-tygodniowego dziecka. Czerwiwości i ciałom obcym, jako przyczynom wywołującym, należy odmówić ważniejszego znaczenia, a raczej podkreślić wpływ chorób zakaźnych, jak płonicy, odry, ospy wietrznej itp.

Przebieg choroby u dzieci cechuje ciężkość zmian anatomicznych wyrostka, skłonność do przebicia, zgorzeli lub rozlanego zapalenia otrzewnej. Wytłómaczenia tych właściwości należy szukać w mniejszej odporności (Nothnagel) tkanek i ustroju dziecięcego, niezaopatrzonego jeszcze w ciała ochronne.

W rozpoznawaniu omawianego cierpienia u dzieci nasuwają się poważne trudności: brak wywiadów i zdolności określenia swego stanu podmiotowego, skłonność do fałszywego określania siedziby dolegliwości i częsta nietypowość objawów chorobowych. W uwzględnieniu znamiennego przebiegu i przewagi cięższych przypadków należy u dzieci rokować poważnie.

Co się tyczy leczenia, to tak u internistów-pedyatrów, jak i chirurgów, coraz ogólniejszem staje się żądanie, by jaknajwcześniej podejmować zabieg operacyjny. Zachęcającą jest niezwykła odporność, jaką okazują dzieci po dokonanej operacyi. Skutkiem coraz częstszego leczenia chirurgicznego śmiertelność (Matterstock) obniżyła się u dzieci z 70% na 11%. W okresie wolnym od napadu, w razie istnienia sprawy chorobowej, należy bezwarunkowo operować ze względu na częste, a nieobliczalne nawroty tej choroby u dzieci.

4) Dr Czyżewicz jun. zdaje sprawę **z przebiegu i powikłań zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet.**

Powikłania te są nadzwyczaj częste ze względu na sąsiedztwo narządu płciowego. Powodu ich szukano długi czas w t. zw. więzadle jajnikowo-wyrostkowem, gdy jednak większość badaczy zaprzecza istnieniu tego więzadła, należy drogę szerzenia się sprawy chorobowej upatrywać w zrostach, dotykaniu się obu narządów lub w tkance łącznej pozaotrzewnej. Nadto ma wpływ noszenie sznurówki i zwiotczenie powłok brzusznych. Najczęstszem powikłaniem są zrosty z wszystkimi narządami jamy miednicy; rozległość ich zależy od stopnia zajęcia otrzewnej, długości trwania choroby i częstości nawrotów. Dalej mogą powstać zgrubienia, zmiany w ruchomości narządu płciowego, ropnie, najczęściej w zatoce Douglasa, zapalenie przymacicza zwykłe lub postać jego osobna, opisana przez Treuba itd. Rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku źródło choroby leży w wyrostku, czy w narządzie płciowym, bywa czasem niemożebne, nawet przy sekcyi, najprawdopodobniej jednak wyrostek robaczkowy najczęściej pierwotnie ulega schorzeniu. Następstwa zapalenia wyrostka, powikłanego z chorobami narządu płciowego, dają się stwierdzić jako przemieszczenie, zgrubienie, zmiana kształtu i ruchomości narządów miednicy małej, nie mają jednak swoistej cechy. W przypadkach, gdzie według klinicznego przebiegu narząd płciowy nie był zajęty, pozostaje bardzo często niepłodność, skłonność do ciąży zewnątrzmacicznej i bolesne miesiączkowanie, prawdopodobnie na tle powstałych zrostów.

Zapalenie wyrostka robaczkowego w ciąży, podczas porodu i połogu jest bardzo groźne, daje bowiem 52·3—59% śmiertelności. Sama ciąża, zdaje się, niema wpływu na powstanie

zapalenia wyrostka, wywołuje jednak bardzo często nawroty cierpienia i to w 80% przypadków w pierwszych 6 miesiącach, a głównie między 3—6. m. Powodu należy szukać w przemieszczeniu narządów jamy brzusznej. Stąd ciąża wywiera zły wpływ na zapalenie wyrostka, tem gorszy, że wobec wypełnienia zatoki Douglasa przez macicę w początku ciąży, przesunięcia jelita ślepego ku górze od miesiąca 4-go, nie tworzą się ropnie zatoki Douglasa, ale zwykle następuje rozlane zapalenie otrzewnej. Wpływ porodu na zapalenie wyrostka jest jeszcze gorszy wskutek zmniejszenia się macicy po wyparciu jaja płodowego. Objawy powikłań, powstałych w tym czasie, pojawiają się dopiero zwykle w połogu, nie zaraz po porodzie. Połóg, jako taki, nie ma wpływu na toczące się zapalenia wyrostka.

Odwrotnie wywiera zapalenie wyrostka robaczkowego zły wpływ na ciążę. W 57—78%, a nawet częściej, ciąża przerywa się po albo przed obumarciem płodu tak, że donoszenie płodu należy do rzadkich przypadków, możliwych tylko przy lekkich postaciach choroby. Wpływu na przebieg porodu stwierdzić nie można, w połogu zaś następuje często zakażenie połogowe z powodu przejścia zakażenia na macicę.

Rozpoznanie zapalenia wyrostka u kobiet opiera się na kardynalnych objawach chorobowych, a jest zbyt często bardzo trudne. Rozpoznanie różniczkowe tego zapalenia od zapaleń narządu płciowego opiera się w początkach głównie na wywiadach, zwracających uwagę na istniejące w danym razie schorzenia jelit lub choroby kobiece. Ostry początek sprawy przemawia za zapaleniem wyrostka, więcej przewlekły za schorzeniem narządu płciowego. Z charakteru i siedziby bolu rzadko tylko można wysnuwać wnioski. Później najwięcej wskazówek daje usadowienie się wysięku wysoko na talerzu biodrowym lub znowu w miednicy małej. Szerzenie się wysięku w przymaciczu od ściany miednicy ku macicy i znikanie wysięku najpierw od strony macicy przemawia za pierwotnem schorzeniem wyrostka, stan przeciwny za zapaleniem przymacicza. Bardzo znaczne trudności napotkać można wobec ropni w zatoce Douglasa, które można pomieniać z ciążą lub krwistekiem pozamacicznym, puchliną lub ropniakiem jajowodu, guzami jajnika itd. Prócz ścisłego badania przedmiotowego oddać tu może usługi; badanie krwi, wykrywające, według Hermesa, leukocytozę 20—30000, a najwyżej 50.000 przy zapaleniu wyrostka, a 50—100.000 przy chorobach kobiecych. W przypadkach równoczesnych zapaleń narządu płciowego i wyrostka, główną znów podstawą są wywiady wskazujące, które schorzenie było pierwotne, w odróżnieniu od ciąży zewnątrzmacicznej stwierdzenie jej cech przedmiotowych, a w razie pęknięcia jajowodu fakt, że dzieje się to w stanie podmiotowego zdrowia i zwykle w czasie spodziewanej miesiączki. Guzy jajnika o skręconej szypule odróżniają się od ropnia zatoki Douglasa przy zapaleniu wyrostka pewną ruchomością i związkiem z rogiem macicy; nerwoból miednicy brakiem gorączki i punktami bolesnymi. Ukrytą postać zapalenia wyrostka odróżni od tyłozgięcia macicy, opadniętej nerki i przewlekłego zapalenia jajnika badanie przedmiotowe. Podmiotowo dają wszystkie te sprawy ogólne objawy nerwowe.

Rozpoznanie zapalenia wyrostka podczas ciąży opiera się na stwierdzeniu bolu, który może wystąpić w rozmaitych miejscach, i napięcia mięśni. Pomocniczym czynnikiem będzie stwierdzenie bolesnych bolów ciążowych lub nacieku, do czego trzeba jednak badać przy zgiętych nogach, uniesionej miednicy, na lewym boku, w ciepłej kąpieli, lub w uśpieniu. Wreszcie zalecają wykonanie nakłucia próbnego. Rozróżnienie zapalenia wyrostka w połogu od gorączki połogowej polega na ścisłych wywiadach i dokładnem badaniu.

Rokowanie przy zapaleniu wyrostka, powikłanem z chorobami kobiecemi, zależy od postaci obu schorzeń i stopnia ich połączenia. Rokowanie w ciąży jest złe, a najgorszym znakiem jest niestosunek między ciepłotą, a tętnem i pogarszanie się tętna. Leczenie opiera się na tych samych zasadach, co leczenie przyjęte w medycynie wewnętrznej, chirurgii i ginekologii. Skłonniejsi tylko jesteśmy do operacyi »à froid« ze względu na możliwość nawrotów w ciąży. W razie operowania podczas ciąży najlepiej nie zwracać uwagi na macicę, w razie operacyi podczas porodu, najpierw poród ukończyć, a potem wykonać zabieg w jamie brzusznej.

5) Dr Rydygier: **Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego ze stanowiska chirurgicznego.**

Prelegent pragnie zastanowić się nad dwoma pytaniami: »kiedy operować« i »jak operować«. Co do pierwszego, to należy zawsze operować, t. j. o ile nam się uda przyłapać zapalenie wyrostka w pierwszych 30 godzinach, co nie jest jednak zawsze rzeczą łatwą. Przykład tego przechodził R. na sobie samym. O ile operacya w pierwszych 30 godz. prawie żadnego nie przedstawia niebezpieczeństwa, bo zaledwie 1—2% śmiertelności, o tyle operacya w samym napadzie jest zabiegiem niebezpiecznym. Dlatego też wówczas lepiej nie operować, lecz przeczekać o ile możności napad i dopiero »à froid« przystąpić do zabiegu operacyjnego. Trzeba jednak chorego bardzo dokładnie nadzorować, aby w razie przedziurawienia, czy też ogólnego zapalenia otrzewnej zaraz przystąpić do operacyi. W każdym razie i w ostatnim przypadku rokowanie będzie gorsze, operacya będzie miała znacznie mniejsze szanse powodzenia. Dlatego też znaczna część chirurgów radzi operować każdy przypadek zaraz w pierwszej dobie.

W tych przypadkach, gdzie siły chorego bardzo podupadłe, język deskowaty, a tętno ledwo wymacalne, lub gdzie są objawy ropni wątroby, operacyi się nie podejmiemy, bo nie uratujemy i tak życia choremu. To oddawanie chirurgowi rozpaczliwych przypadków wpływa na nieszczególną statystykę śmiertelności operowanych. Często nawet w przypadkach groźnych sprawa może się ograniczyć np. do ropnia okołowyrostkowego, który później można będzie naciąć. Doświadczenie chirurga odgrywa tu zresztą ważną rolę. Przypadki z »plastronem« są lepsze, niż te, w których sprawa się nie ograniczyła. Co do pytania, kiedy zachodzi wskazanie do operacyi »à froid«, i czy wystarczy jako wskazanie jeden przebyty napad, czy więcej, to R. sądzi, że wogóle należy operować tam, gdzie pozostały dolegliwości, n. p. z powodu zrostów.

A teraz pytanie: Jak operować? R. nie zamierza przedstawiać różnych metod operacyjnych, lecz mówić będzie tylko o sposobach, używanych na klinice lwowskiej. Co do postępowania w pierwszych godzinach, niema R. własnego doświadczenia. Postępowanie operacyjne dzieli R. na 2 grupy: inaczej postępuje w czasie napadu, inaczej »à froid«. Najpierw co do ostatniego. Na kilka dni przed operacyą przeczyszcza się dokładnie chorego olejkiem lub lewatywą. Na noc przed operacyą chory dostaje $^1/_2$ gr. weronalu, dalej kąpiel, na wygolony zaś brzuch okład z płynu Burowa. Przed operacyą, jak zwykle, $1^1/_2$ cgr. morfiny. Początkowe uśpienie chloroformem, koniec eterem. Cięcie sposobem Jalaguiera na 3 palce w bok od linii środkowej ponad mięśniem prostym brzucha. Cięcie leży $^1/_3$ ponad pępkiem, $^2/_3$ poniżej jego i jest 12—14 cm. długie. Po przecięciu powłok, tylnej blaszki pochwy m. prostego i otrzewnej uzyskuje się szeroki dostęp do jamy brzusznej tak, że nietylko łatwo można wyciąć wyrostek, ale i porozdzielać zrosty, jeżeli istnieją. To rozdzielenie zrostów jest ważną rzeczą, gdyż można widzieć przypadki, w których mimo wycięcia wyrostka, a z powodu nieporozrywanych zrostów, bole się utrzymywały; w jednym przypadku na chorym, operowanym gdzieindziej, musiano nawet wykonać następnie laparotomię. Sam wyrostek obcina się w ten sposób, że najpierw okrawywa się błonę surowiczą i mięsną, następnie podwiązuje się cienkim katgutem śluzówkę, wreszcie po odcięciu szew ciągły na błonę mięsną i surowiczą i drugi Lemberta na błonę surowiczą. Ścianę brzuszną szyje się tylko katgutem, zakładając szew ciągły na otrzewnę i tylną pochewkę m. prostego, następnie kilku szwami węzełkowymi ustala się w poprzednim położeniu przesunięty z powrotem m. prosty, jeden szew ciągły katgutowy na przednią pochwę mięśnia, a drugi również ciągły na skórę. Przy tym sposobie niema potem przepuklin, zaniku m. prostego, rany goją się szybko, a chorzy nie potrzebują nosić żadnych pasów. W klinice lwowskiej nie potrzebowano wcale przechodzić do tak zachwalanego cięcia rusztowego Mc. Burneya, który daje zbyt mały dostęp do wyrostka.

Zupełnie inne jest postępowanie, jeżeli się operuje w czasie napadu. Wówczas robi się cięcie łukowe sposobem Rydygiera, przebiegające nad górnym przednim kolcem kości biodrowej, o łuku dość ostro zgiętym, którego jedno ramię biegnie ku przodowi i dołowi wzdłuż przebiegu włókien mięśnia skośnego zewnętrznego, a drugie przebiega ku tyłowi równolegle do górnej krawędzi kości biodrowej. Zaletą tego cięcia jest to, że w razie potrzeby z łatwością można przedłużyć jedno lub drugie jego ramię celem dostania się do nerki prawej lub miednicy małej, gdy znajduje się tam ropa. Wyjątkowo, jeżeli napewno stwierdzi się ropień, dążący do małej miednicy, wówczas robi się cięcie Sonnenburga.

Co do pytania, czy w razie ropnego zapalenia wyrostka poprzestać na otwarciu ropnia, czy wyciąć także wyrostek, to na podstawie doświadczenia może R. powiedzieć, że zawsze, choćby były wielkie trudności, należy wycinać także wyrostek. Jeżeli się idzie krok za krokiem, wycierając wacikami każdą kroplę ropy,

to nietylko znajdziemy w końcu wyrostek, ale również i ropnie, których się przedtem nie zauważyło. Na dowód zdania, że zawsze powinno się wycinać wyrostek, przytacza prelegent szereg przykładów, gdzie zostawiony wyrostek był źródłem ustawicznego ropienia.

Dyskusya.

Dr Obtułowicz podaje kilka własnych ciekawych przypadków. A więc a) Mężczyzna l. 64, który przed 10 laty po zjedzeniu suchej kiełbasy dostał bardzo groźnego napadu zapalenia wyrostka, przed 2 laty po przebytej grypie — drugi napad lżejszy. b) Kobieta l. 16, przedtem zdrowa, dostała gwałtownych bolów w okolicy kątnicy; wezwani interniści rozpoznawali zapalenie wyrostka, nagląc do operacyi, czemu sprzeciwił się prelegent, rozpoznając dur brzuszny, co przebieg późniejszy w zupełności potwierdził. c) 18-letnia mężatka, u której po drugim napadzie sprawa przeszła na tkankę przymaciczną, prawdopodobnie jako następstwo kilkumilowej podróży wozem. — Na kilkadziesiąt przypadków zapalenia wyrostka miał O. tylko jeden ze zejściem śmiertelnem. W rokowaniu bardzo niepomyślne są objawy ze strony nerek. Co do operacyi, to nie ulega wątpliwości, że jedynie bardzo wczesna daje najlepsze wyniki, z drugiej strony jednak wiele przypadków i bez operacyi kończy się wyzdrowieniem.

Prof. Barącz, podobnie jak Amerykanie, jest zwolennikiem teoryi mechanicznej; ta najlepiej tłómaczy powstawanie, szczególnie postaci ciężkich. Za teoryą tą przemawiają także doświadczenia na zwierzętach, które B. przytacza. Po grypie spostrzegał B. jeden przypadek zapalenia wyrostka; w wyrostku wyciętym znalazł prątki okrężnicy. Co do operacyi, to należy operować natychmiast przy *appendicitis gangraenosa perforativa*, której rozpoznanie nie jest trudne. Za najlepsze cięcie uważa B. cięcie Mc. Burneya, jako dające dobry dostęp, bliznę bez przepukliny. Natomiast po cięciu Jalaguiera-Kammerera może nastąpić zanik mięśni.

Prof. Gluziński w sprawie patogenezy zapalenia wyrostka robaczkowego stoi na stanowisku teoryi zakaźnej. Zaparciu stolca nie przypisuje większego znaczenia. Rodzinne zapalenie wyrostka trzebaby tłómaczyć sposobem żywienia się. G. podnosi zauważany przez siebie związek między grypą, a zapaleniem wyrostka; być może, że do grypy (prócz lepszego rozpoznawania) trzeba odnieść częstsze pojawianie się zapalenia wyrostka. Rozpoznanie zapalenia wyrostka nie jest trudne i dla rozpoznania przebicia dość znamienne jest wystąpienie szybkiego tętna z równoczesnym zapadem. Na podstawie doświadczeń na psach przekonał się G., że z chwilą dostania się gazów do jamy otrzewnej następuje zwolnienie tętna. Zdaniem G. lepiej jest operować »á froid« wówczas, gdy sprawa się otorbiła. Gdyby ktoś na podstawie swego doświadczenia mógł rozpoznać przebicie do otorbionego ropnia, byłby to zysk duży. Co do leczenia, to G. sprzeciwia się podawaniu jakichkolwiek środków wewnętrznych. Słabe odżywianie, spokój, okłady, to najlepsze postępowanie, które często uwalnia chorego od interwencyi chirurga. Jednakże odrzucanie zupełne pomocy chirurgicznej, jak to robi Thomayer, uważa G. za bezpodstawną i szkodliwą ostateczność.

Prym. Pisek uważa nazwę *appendicitis* za bezsensowną, lepszą jest *epityphlitis*. Co do podziału, to praktycznie najlepszy jest podział na postacie lekkie i ciężkie z pewnemi przejściami. Rozpoznanie nie jest trudne, ale trzeba stwierdzić punkt bolesny Mc. Burneya, Haura i Frosinga. P. przekonał się nadto, że punkt Norrisa 14 cm. niżej pępka na linii Mc. Burneya jest bardzo cenny. *Pseudoappendicitis* nie istnieje. Rokowania właściwie niema, tak różne mogą być przejścia postaci tego zapalenia. Co do leczenia, to faktem jest, że śmiertelność operowanych z powodu zapalenia wyrostka waha się między 1.4%—22.16%, faktem jest, że pewna liczba przypadków kończy się bez operacyi wyleczeniem w znaczeniu klinicznem, wreszcie faktem, że operacya nie daje pewności, iż dolegliwości raz na zawsze ustąpią. P. zaleca przy zapaleniu wyrostka bezwzględny spokój, worek z lodem na obręczy, pod zgięte kolana wałek, post bezwzględny przez pierwsze 24 godzin. W razie silnych bolów 3 razy dziennie po 10 kropli nastoju makowca. Jeśli przebieg pomyślny, czeka P. na stolec 5, 6, 7 dni; jeżeli istnieje bębnica i stolca brak, oliwa w lewatywie. Z tablic ciepłoty okazuje się, że po stolcu ciepłota wraca do stanu prawidłowego. W razie bardzo ostrego przebiegu radzi P. operować. (Dok. nast.)

XV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 10. i 11. lipca 1908.

(Ciąg dalszy).

14) Prof. Kader. **O postępowaniu przy przepuklinach uwięzniętych.** Jeżeli przy uwięznięciu przepukliny napotka się zgorzelinową pętlę jelita, wtedy jedni chirurgowie zasadniczo wykonują doraźną resekcyę jelita, inni wytwarzają odbyt sztuczny na pętli zgorzelinowej. Mikulicz przy doraźnej resekcyi miał 57 prc. zejść śmiertelnych. W klinice krakowskiej, jeżeli objawy z góry nakazują przypuszczać zgorzel uwięzniętej pętli, K. odrazu robi laparotomię i wytwarza enteroanastomozę o 20—25 ctm. powyżej miejsca uwięznięcia na jelitach zupełnie zdrowych. W przypadkach, gdzie o zgorzeli pętli uwięzniętej przekonywa się dopiero po jej odsłonięciu, przechodzi K. niezwłocznie do laparotomii, zakłada enteroanastomozę, poczem dopiero wraca do pętli uwięzniętej, uwalnia ją (herniotomia) i tamponadą z gazy oddziela od jamy otrzewnej. Tam, gdzie stan ogólny chorego na to pozwala, wykonywa K. doraźną resekcyę pętli zgorzelinowej w ten sposób, że naprzód po szerokiem uwolnieniu pętli uwięznętej i wyciągnięciu długich odcinków pętli zdrowych zakłada enteroanastomozę, poczem odcina pętlę zgorzelinową i końce zaszywa na ślepo (miażdżenie jelit, szew kapciuchowy). Ranę tamponuje. W ciągu ostatnich lat 9 spostrzegano w klinice krakowskiej 131 przepuklin uwięzniętych. Z nich 55 można było po hermiotomii odprowadzić, 76 było zgorzelinowych. Dowodem, że obecnie coraz wcześniej po uwięznięciu chorzy zgłaszają się do chirurga, jest to, że do roku 1904 na 59 przyp. stwierdzono odprowadzalnych przepuklin zaledwie 11 (20%), a reszta 48 (80%) były zgorzelinowe, po r. 1904 na 72 przyp. było odprowadzalnych 44 (60%), zgorzelinowych 28 (40%). Śmiertelność pooperacyjna wynosiła: *a*) w przypadkach, gdzie dokonano odprowadzenia i zabiegu doszczętnego na 55—1 (0·45%) (niezależnie od operacyi); *b*) w przypadkach ze zgorzelą jelita na 76—29 (38%); z tych znów tam, gdzie założono enteroanastomozę, na 48 zmarło 12 (25%), gdzie dokonano pierwotnej resekcyi jelit—na 4—1 (25%). Szczególnie ciężkie przypadki, gdzie dokonano tylko wyłonienia (*anteposítio*) i założono odbyt sztuczny, dały na 17—14 przypadków śmierci. Ogólna śmiertelność przy przepuklinach zgorzelinowych (38%) jest znacznym postępem w porównaniu z liczbami z lat nieco dawniejszych i innych klinik (n. p. Mikulicz miał 57%). Enteroanastomozę uważa K. za zabieg normalny przy przepuklinie uwięznętej, ponieważ pozwala ona operować na jelitach zdrowych i najmniej wystawia otrzewnę na zakażenie od strony miejsca uwięznięcia i zgorzeli.

W dyskusyi zaznacza Doc. Chlumsky, że »specyalista przepuklin«, Jacobi, używa złotych nitek, operując przepukliny metodą Bassiniego i ma bardzo dobre wyniki.

Dr Leśniowski zaznacza, że prawie każdy z chirurgów, operując przepukliny tą lub inną metodą, ma dobre wyniki, a ostateczny wynik zależy przeważnie od stopnia wiotkości mięśni ściany brzusznej.

Dr Ostrowski zaznacza, że przy zbyt silnem wyciąganiu worka i wysokiem podwiązywaniu szyjki nie następuje zrost kikuta z mięśniami, który należy uważać za okoliczność pomyślną.

15) Dr A. Rydygier. **O nowotworach kończyn.** Na 83 nowotworów kończyn w klinice lwowskiej było 65 mięsaków. Etyologia tych nowotworów jest ciemna; chorzy podają często uraz. Rozpoznanie bywa nieraz bardzo trudne. Na rentgenogramie nie można rozpoznania opierać, prędzej na wyniku nakłucia, lub na wycięciu kawałka nowotworu i zbadaniu mikroskopowem. Rokowanie jest złe. Co do leczenia, to jedni radzą wyłuszczenie kończyny w jaknajdalszym stawie, a drudzy radzą postępować bardziej zachowawczo. Od przerzutów nie może uchronić jak najdalsze nawet wyłuszczenie w stawie i dlatego klinika lwowska oświadcza się za tym drugim sposobem leczenia. Raz w przypadku mięsaka k. piszczelowej resekowano tylko k. piszczelową, a k. strzałkową pozostawiono; chory dotychczas jest zdrów i chodzi przy pomocy kija.

16) Dr Schlank. **Włókniak cewki moczowej.** Nowotwór, wielkości pomarańczy, wystawał z cewki i łatwo broczył. Guz wyłuszczono; ważył 60 gr. Nowotwory, wychodzące z cewki, należą do rzadkości; rozwijają się do sromu, do pęcherza, albo do przegrody sromowo-odbytniczej.

17) Dr J. Małaniuk. **Kilka uwag o leczeniu tężca przyrannego.** Dr M. omawia wynik swych spostrzeżeń nad leczeniem tężca; stosował wstrzykiwania soli magnowych; stwierdzał wybitne polepszenia w przypadkach tężca łagodnego. Po szczegółowem uwzględnieniu spostrzeganych przez siebie przypadków dochodzi M. do następujących wniosków: 1) Każdą ranę podejrzaną należy oczyścić i poddać działaniu środków przeciwgnilnych; M. poleca karbol-kamforę Chlumskyego. 2) Opatrunek z maści; nadto, gdzie warunki pozwalają, należy wstrzyknąć surowicę przeciwtężcową, gdyż za nią przemawiają poczynione dotąd spostrzeżenia. 3) W przypadkach tężca gwałtownego leczenie objawowe; w przypadkach tężca łagodnego (opóźnionego, powolnego) radzi M. wstrzykiwanie siarkanu magnowego.

W dyskusyi donosi Dr Zaremba o przebiegu 2 przypadków tężca: 1) W jednym przypadku wstrzykiwał Z. surowicę do żyły (4 flasz. dziennie) przez 5 dni; wynik: 7. dnia wysypka w postaci guzków, nadto objawy krwotoku płucnego i jelitowego. Oględziny zwłok stwierdziły: w płucach zawały, w jelitach wybroczyny. 2) Drugi przypadek z objawami tężca ciężkiego; podskórne wstrzykiwania surowicy odniosły pomyślny skutek, chory wyzdrowiał.

Dr Majewski na podstawie swych spostrzeżeń radzi używać w przypadkach ran miażdżonych, tłuczonych i t. p. opatrunku z gazy, napojonej maścią z *hydrarg. oxyd. flav.* 1—25%; wynik korzystny; działanie tej maści tyczy się zarówno klinicznego przebiegu, jak i bakteryobójczego jej wpływu, jak o tem świadczą badania bakteryologiczne.

Doc. Dr Chlumský poleca używanie rozczynów karbolkamfory; własne doświadczenie, jakoteż sprawozdania lekarzy wojskowych armii niemieckiej dowodzą, że fenol-kamfora skraca leczenie i zmniejsza koszta leczenia.

W dalszym ciągu zabierali głos: Prof. Kader i Prof. Kryński.

18) Prof. A. Rosner: **O skombinowanem znieczulaniu skopolaminą i tropakokainą.** Jednym z najaktualniejszych tematów jest obecnie znieczulanie skopolaminą; w chirurgii użył jej pierwszy Schneiderlin, w położnictwie zastosował ją Steinbüchel w r. 1902. R. omawia działanie skopolaminy, opierając się na pracy Blosa. Działanie skopolaminy na serce jest nieznaczne, ilość uderzeń serca zwiększa się, ciśnienie krwi wzrasta; wpływ skopolaminy na ośrodek oddechowy jest podniecający: oddechy głębsze; z innych objawów, przez skopolaminę wywołanych, należy nadmienić, że skopolamina rozszerza naczynia, rozszerza źrenicę, podnieca ruch robaczkowy. Zupełnie przeciwnie działa morfina. To przeciwnicze działanie tych środków chciano wyzyskać w przekonaniu, że będzie można użyć obu w dawkach większych, niż każdego z osobna; przypuszczano bowiem, że w ustroju zachowywać się będą, jak trucizna i odtrutka. Okazało się jednak, że tak nie jest, że dawek tych trucizn, mimo ich połączenia, przekroczyć nie można; wszakże okazało się dalej, że współdziałanie obu tych środków jest bardzo korzystne dla uzyskania znieczulenia lub uśpienia, bo oba te środki działają jednakowo w tym właśnie kierunku, że więc pod tym względem działanie ich sumuje się. Używano więc kombinacyi tych środków w dawkach: 0,001 skopolaminy, 0,06 morfiny na parę godzin przed zabiegiem, a następnie na godzinę przed zabiegiem 0,0005 skopolaminy, 0,03 morfiny. Niedostateczność i niepewność znieczulenia tą metodą wywołała jej kombinowanie *a)* z chloroformem, *b)* z tropakokainą, stosowaną lędźwiowo. Pierwszej kombinacyi t. j. skopolaminy, morfiny i chloroformu (wzgl. eteru) używali chirurdzy (Kümmel, Graser i w. i.) i przekonali się, że ilość zużytego chloroformu jest wtedy bardzo mała, nie bywa wymiotów po operacyi i w czasie samego zabiegu, operowany śpi snem zupełnie spokojnym przez czas dłuższy, bo nawet do 10 godzin. Drugiego sposobu (t. j. skopolaminy, morfiny i tropakokainy) zaczęli używać położnicy, którym chodziło o wywołanie amnezyi, obejmującej sam akt porodu. Ta jednak kombinacya okazała się szkodliwą; nierzadko bowiem występowało utrudnienie, a nawet zupełne ustawanie oddechów, sinica, tak, że okazała się potrzeba stosowania, sztucznego oddychania.

Nauczony doświadczeniami z obserwacyi własnej, jak również opierając się na piśmiennictwie, prelegent, przypisując szkodliwe działanie morfinie, zarzucił ją, uważając ją za zupełnie zbyteczną dla uzyskania celu, t. j. znieczulenia i t. zw. zamroczenia sennego (Gauss); skopolamina bowiem jest środkiem nasennym, morfina zaś i tropakokaina są znieczulającymi, a więc nie należy, resp. jest rzeczą zbyteczną aż dwóch środków znieczulających używać, gdyż wywołać to może i nierzadko wywołuje przykre powikłania w czasie zabiegu. Zdaniem więc R. mieszanina tych 3 środków (skopolamina, morfina, tropakokaina) jest nieracyonalną, nielogiczną i powinna być zarzuconą. Sam R. używa uśpienia skopolaminowo-tropakokainowego, przyczem na 4 godziny przed operacyą wstrzykuje podskórnie 0,00045 *scopolam. hydrobrom.*, potem na godzinę przed operacyą 0,0003 skopolaminy, tuż zaś przed samym zabiegiem 0,06—0,08 tropakokainy (znieczul. lędźw.). Tego sposobu używał R. w 63 operacyach, a zawsze dążył do: *a)* osiągnięcia snu spokojnego, *b)* amnezyi i mimo zupełnego braku odpowiednich, a tak koniecznych do tego celu warunków, w 38% uzyskał amnezyę. Z wyników jest bardzo zadowolony, ponieważ tropakokaina daje znieczulenie, a skopolamina, wywołując zamroczenie, usuwa tak często niepożądany uraz psychiczny. Powikłań R. nie spostrzegał. Znieczulenie przebiega gładko, trwa wystarczająco długo. Pomyślnie zaznacza się antagonizm skopolaminy i tropakokainy na ośrodek oddechowy.

19) Prof. Kryński. **Usypianie chloroformem ogrzanym.** Zdaniem mowcy usypianie, wzgl. ogólne znieczulanie ma i długo jeszcze mieć będzie doniosłe znaczenie. K. przeprowadzał doświadczenia nad usypianiem zapomocą chloroformu ogrzanego; flaszeczkę z chloroformem wstawiał do obmyślanego przez siebie przyrządu gumowego, napełnionego solami i ogrzanego poprzednio (zasada termoforów) i w ten sposób polewał na maskę chloroform, ogrzany do 38°C; zauważył znacznie szybsze działanie chloroformu i, co za tem idzie, zużywanie mniejszej jego ilości. Korzystne to działanie ogrzanego chloroformu objaśnia K. w sposób następujący: Pary chloroformu, cięższe od powietrza, w pęcherzykach płucnych się znajdującego, opadają na dno pęcherzyka i z jednej strony drażnią jego ściany, z drugiej zaś powoli ulegając wessaniu, dopiero po dłuższym czasie, w większej ilości, wywołują uśpienie. Inaczej rzecz się ma z ogrzanemi parami chloroformu; stają się one lżejsze, mieszają się z powietrzem pęcherzyków płucnych, stykają się ze ścianą pęcherzyka na całej jego powierzchni, mniej drażnią i szybciej ulegają wessaniu, a stąd zużycie mniejszej ilości chloroformu ogrzanego, co przedstawia niemałą korzyść dla ustroju. Dalsze doświadczenia pozwolą rzecz tę dokładniej ocenić. Udoskonalenie metod ogólnego znieczulenia powinno być na porządku dziennym doświadczeń chirurgów.

Dyskusya. Prof. Kader: Od szeregu lat stosuje znieczulenie lędźwiowe tropakokainą (od czasu, kiedy Bier zarzucił znieczulenie lędźwiowe). Oprócz zabiegów na głowie, wszystkie inne operacye (wycięcie wola, raka krtani, sutka) w tem znieczuleniu wykonywa. K. stosował często tropakokainę z morfiną (0,01—0,03); skopolaminy używano dotychczas w klinice chirurgicznej krakowskiej w nielicznych przypadkach, a zauważono: znieczulenie dobre, lecz znaczne podniecenie; amnezyi nie stwierdzono. Mówca na 1,400 znieczuleń lędźwiowych ma w statystyce swej 4 przypadki śmierci, zdaniem jego jednak nie znieczulenie lędźwiowe ją wywołało; natomiast raz chodziło o wstrząs z powodu naciągania n. błędnego przy zabiegach żołądkowych, a w 2 innych przypadkach przyczyną było daleko posunięte charłactwo; w jednym wreszcie przypadku przyczyną śmierci było zaduszenie się wymiocinami przy operacyi niedrożności jelit.

Prof. Rydygier przez czas pewien stosował znieczulenie lędźwiowe, lecz obecnie powrócił do uśpienia chloroformowego, a znieczulenie lędźwiowe stosuje w tych przypadkach, gdzie chloroform jest przeciwwskazany *(nephrectomia)*.

W końcowem przemówieniu objaśnia Prof. Rosner, że rozczyn skopolaminy powinien być całkiem świeżo przed zabiegiem przygotowany, a powikłań nie wywoła; następnie zaznacza, że prawdą jest, iż tropakokaina niekiedy wywołuje powikłania, lecz one stanowczo są mniej przykre i mniej płodne w następstwa, aniżeli powikłania, wywołane chloroformem; chloroform wywołuje bowiem nierzadko następstwa późne, w kilka tygodni po stosowaniu, a któż wie, czy niejedna niedomoga mięśnia sercowego, wady serca, które wystąpiły w długi czas po przebytym zabiegu, wykonanym w uśpieniu chloroformowem, nie mają swego źródła w chloroformie? Znieczulenie lędźwiowe wzgl. skopolaminowo-tropakokainowe zasługuje na uwzględnienie przez prowincyonalnych chirurgów, a to właśnie dlatego, bo tam, z powodu braku personalu lekarskiego, osoby bez kwalifikacyi niejednokrotnie prowadzą narkozę chloroformową, która w tych właśnie razach może być niebezpieczna. (C. d. n.)

Pierwszy międzynarodowy Zjazd ratowniczy we Frankfurcie n. M. 10—14. czerwca 1908 r.

Podał Dr **Adolf Klęsk.**

I. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach.

Streffer (Lipsk): **Transport chorych pod dozorem lekarza.** S. domaga się od miast obowiązkowego przyczyniania się do ułatwienia transportu chorych pod dozorem lekarza. Należy to tak samo do obowiązków administracyi miast, jak ratowanie przy pożarze. Lekarz powinien być obecny przy transporcie bez względu na to, czy chory był przedtem w opiece lekarskiej, czy nie, i dlatego też najlepiej przyłączać instytucyę transportu chorych do towarzystw ratunkowych. — W dyskusyi stwierdzono, że w wielu miastach transport odbywa się już w ten sposób. Rumpf, Hüppe i Lennhoff domagają się wykładów ratownictwa na uniwersytetach.

Löbl (Budapeszt): **Pierwsza lekarska pomoc przy zatruciach.** Przy zatruciach przywoływany być powinien zawsze lekarz. L. pokazuje kufer, używany przy zatruciach w budapeszteńskiem towarzystwie ratunkowem. — W dyskusyi domagają się liczni mowcy obowiązkowego wprowadzenia ręcznych torebek z odtrutkami dla lekarzy praktycznych, zwykle bowiem przy otruciu dopiero posyła się do apteki lub do domu lekarza po odpowiednie środki i przyrządy, a tymczasem traci się dużo drogiego czasu.

Kuttner (Berlin): **Ratownictwo a studya lekarskie.** Ratownictwo stało się już osobną gałęzią nauki lekarskiej. K. wyraża zdanie, że powinno się naukę ratownictwa wprowadzić obowiązkowo, ale już po ukończeniu studyów lekarskich, najlepiej w czasie próbnego »roku praktycznego« po uzyskaniu dyplomu (wprowadzonego w Niemczech) lub też w postaci kursów uzupełniających dla lekarzy, gdyż do nauki ratownictwa potrzeba już ogólnych podstaw. Do pokrycia kosztu tych kursów powinny przyczynić się wszystkie większe zakłady przemysłowe. — W dyskusyi jedni mowcy oświadczają się za nauką ratownictwa jeszcze na uniwersytecie (osobne katedry), inni znów za nauką po ukończeniu studyów lekarskich.

Kuhn (Kassel): **Ratowanie pozornie zmarłych** (intubacya przez usta). Sztuczne oddychanie bardzo często nie wiedzie do celu, dlatego też K. w ciężkich przypadkach poleca swą intubacyę przez usta. U nieprzytomnych bardzo łatwo można ją wykonać, a daje ona zupełną pewność, że powietrze energicznie do płuc dochodzi. — W dyskusyi poleca Jaffé osobne narzędzie, trzymające automatycznie język ku przodowi, Greiff zaleca stosowanie intubacyi także przy wykonywaniu sztucznego oddychania.

Schwab (Berlin-Schöneberg): **Pierwsza pomoc i jej granice.** S. omawia obszernie organizacyę pierwszej pomocy, transportu, wskazania pierwszej pomocy i granice jej w stosunku do leczenia, wydawanie orzeczeń przez osoby, niosące pierwszą pomoc i t. p., a w końcu pokazuje uniwersalny kufer dla ratownictwa »Multiplex«.

Liebeschütz (Dessau): **W sprawie wynagrodzenia dobrowolnie dostarczonej pomocy.** Zdaniem L. pomoc, udzielona nieszczęśliwemu dobrowolnie, t. j. z własnej inicyatywy, powinna być zawsze bezinteresowną i niewynagradzaną (przez chorych). Da się zaś to uczynić jedynie przez odpowiednią organizacyę towarzystw ratunkowych i odpowiednie dotacye ze strony miast, rządu, instytucyi i osób zamożnych.

II. Wykształcenie nie-lekarzy w udzielaniu pierwszej pomocy.

Z odczytów podnieść należy referat Marcusa (Frankfurt) który zachęca do kształcenia młodzieży szkół ludowych w udzielaniu pierwszej pomocy, co zwłaszcza po wsiach jak dotąd okazało się bardzo dobrem.

III. Ratownictwo w miastach.

Charas (Wiedeń): **O transporcie chorych w wielkich miastach.** C. poleca na wielkich przestrzeniach transport wozem lub automobilem, na krótkich nosze ręczne. Kołowo-ręczne nosze uważa za złe.

Briegleb (Worms): **Wyskok, a nieszczęśliwe wypadki.** B. udowadnia ścisły związek między nadużywaniem wyskoku i nieszczęśliwymi wypadkami. Walka z alkoholizmem jest niejako środkiem zapobiegawczym przeciw wypadkom.

Salomon (Berlin): **Wspólna praca najważniejszych czynników publicznego ratownictwa.** Lekarze, szpitale, publiczne urzędy zdrowia powinny pracować razem z ratownictwem' a nie jak to często bywa, utrudniać mu działanie. Gminy powinny wspierać Towarzystwa ratunkowe, a nie skazywać je na żebraninę u prywatnych dobroczyńców.

Dalsze rozprawy dotyczyły pytania, czy pierwszej pomocy udzielać powinni lekarze, czy też oddziały sanitarne. Przeważyło zdanie pierwsze. Inżynier Dönitz (Lipsk) poleca do sygnalizowania nieszczęśliwych wypadków przyrząd Schöppego.

IV. Ratownictwo po wsiach i osadach przemysłowych.

C. de Mooij (s'Gravenhage) pokazuje ramę do przenoszenia ciężko zranionych przez miejsca kręte, ciasne, schody i t. p. Rama ta nadaje się też do ciągłych kąpieli.

Rambosek (Praga): **Ratownictwo i jego nauka w zakładach przemysłowych.** Wielkie zakłady przemysłowe powinny mieć wszystko w pogotowiu, co do ratowania potrzeba, a nadto na każdą potrzebę odpowiednio wykształcony personal. Także robotników należy uczyć ratownictwa, a w szkołach technicznych powinna obowiązywać nauka ratownictwa.

V. Ratownictwo na drogach komunikacyi.

Redard (Paryż): **Ratownictwo kolejowe.** Wszystkie większe dworce kolejowe powinny mieć osobne sale do ratowania i opatrywania nieszczęśliwych, a nadto wozy sanitarne. Urządzenia te ze względu na międzynarodowy ruch powinny być we wszystkich państwach jednakie.

Romeyn (Venlo): **Ratownictwo na linii kolejowej.** Celem udzielania doraźnej pomocy poza obrębem stacyi należy albo każdy pociąg zaopatrzyć w odpowiednie przedmioty lub też umieszczać je na linii w domkach sygnałowych lub u budników.

Croston (Manchester) prócz wyżej wspomnianych punktów domaga się lepszego wykształcenia służby kolejowej w ratownictwie i żąda, by na większych stacyach stały zawsze gotowe pociągi ratunkowe. Lantsheere (Bruksela) omawia przepisy dla służby kolejowej, zmierzające do unikania nieszczęśliwych wypadków.

Schwechten (w zast. Kaess): **Pociągi ratunkowe na kolejach niemieckich.** W Niemczech znajduje się 115 pociągów ratunkowych. Każdy z nich jest tak umieszczony, że może w $^1/_4$ godziny przybyć na miejsce. Pociąg taki wzywa telefonem najbliższa stacya lub budnik. Znaki na linii kolejowej wskazują, gdzie jest najbliższy telefon. — W dyskusyi omawiano najwygodniejsze typy kufrów ratunkowych. Kufer taki powinien być średniej wielkości tak, żeby jeden człowiek mógł go unieść.

W dziale **VI, VII, VIII i IX** omawiano ze strony technicznej **ratownictwo na morzu, w portach, kopalniach, przy pożarach i w okolicach górskich,** a w dziale **X ratownictwo w dziale sportu,** m. i. w aeronautyce.

Następnie odbyły jeszcze posiedzenia wspólne oddziały I, II i III i IV, V, VI i X. W pierwszej grupie przemawiał Hüppe (Praga): **W sprawie pouczania samarytanów o zaraźliwości chorób** i Meyer (Berlin): **Badania nad ręcznem sztucznem oddychaniem** (poleca kombinacyę sposobu Sylvestra i Broscha), w drugiej grupie Jellinek mówił: **O wypadkach w przemyśle elektrycznym.** — W czasie Zjazdu urządzono także odpowiednią techniczno-lekarską wystawę.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Niewłaściwości przy wyborach do Izb lekarskich galicyjskich ze strony wielu starostw wytyka »Kuryer lwowski« (335). Od wyborów upłynie wkrótce miesiąc, a dotąd nie otrzymały jeszcze Izby aktów wyborczych i nie mogą przeprowadzić skrutynium. Niektóre starostwa wbrew przepisom oznaczały dowolnie termin wyborów, nieraz znacznie wcześniejszy (n. p. w Stryju na 12. VI. zamiast na 30. VI.), przyczem zdarzało się, że wyborcom nie doręczono na czas kart głosowania (Stryj, Drohobycz) i t. p. *R.*

Prezydyum Państw. Związku organizacyi lek. austr. poruszyło myśl zakładania bibliotek społecznolekarskich w siedzibach organizacyi krajowych, oraz urządzania kursów społecznolekarskich. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 12. VI. do 27. VII. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Maniawa 6, Kosmacz 2), Buczacz (Zadarów 7, Jarhorów 6, Trościaniec 1, Krasiejów 5, Kowalówka 5),

Horodenka (Żywaczów 4), Lisko (Jaworzec 1, Wetlina 8), Mościska (Czerniawa 1, Starzawa 3), Peczeniżyn (Akreszory 3, Kosmacz 1), Rawa (Manastyrek 1, Kamienna góra 1), Skałat (Iwanówka 1, Krasne 1), Sokal (Wolica kameralna 5), Stryj (Orawczyk 1, Orawa 2, Tuchla 2), Tłumacz (Tłumacz 1), Tarnopol (Dołżanka 1), Zborów (Pleśniany 2) i o przypadku nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w pow. Ropczyce (Ropczyce 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 19. do 25. VII. 1908 urodziło się dzieci żywo 44, nieżywo 1; zmarło osób 32 (w tem obcych 13), z nich z gruźlicy 11 (5), zapalenia płuc 1 (1), płonicy 1 (1), odry 2 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. do 25. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 4 (w tem obcych 3), krztuśca 2, płonicy 12 † 1 (8 † 1), odry 17 † 2 (3 † 1), duru brzusznego 2 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 12. do 18. VII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcy 1 † —), krztuśca 1 (1), płonicy 31 † 7 (3 † 2), odry 8, duru brzusznego 4 † 3 (— † 1), nagminnego zapalenia opon 1 † 1. *Dr Leg.*

Śmiertelność w Warszawie wynosiła w r. 1907 19·24 na tysiąc mieszkańców stałych, była więc mniejszą od średniej w ostatniem dziesięcioleciu (21·16‰). Ogółem zmarło 14.713 wśród 764,611 stałych mieszkańców. Wśród zmarłych przypadało 15·05% na choroby zakaźne (w ostatniem dziesięcioleciu średnio 16·66%). *R.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej wydał na posiedzeniu w d. 18. VII. b. r. opinię o szeregu podań o otwarcie nowych aptek, postanowił podjąć odpowiednie kroki z powodu niewłaściwego przeprowadzenia wyborów do Izby przez niektóre starostwa i załatwił szereg spraw bieżących. Wreszcie omówiono przedmioty najbliższego posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb, a mianowicie: sprawę ubezpieczenia lekarzy od odpowiedzialności, sprawę protestu przeciw przymusowemu wpisaniu do kasy chorych wyższych urzędników kolejowych i sprawę postąpienia Izb wobec utworzenia sekcyi socyalno-politycznej w ministerstwie handlu.

Kraków. Dyplom doktorski uzyskali pp. Adolf Sas, rodem z Krzeszowic, Wilhelm Leopold Molkner z Łodzi i Maksymilian Rose z Przemyśla.

Warszawa. W wydanym świeżo zeszycie II. »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« za r. 1908 ukazał się »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1906«. Utrzymanie tego niezmiernie pożytecznego wydawnictwa powitać trzeba z tem większem uznaniem, że — jak czytamy w przedmowie od Redakcyi »Przeglądu piśmiennictwa« — wydawnictwo walczy z wielkim brakiem środków. Toteż niektóre działy musiano bardzo skrócić, ograniczając się tylko do podania tytułów. (Varia. Nowe książki. Przyrządy). Skupienie grona, które podjęło się żmudnej pracy sprawozdawczej i podtrzymanie wydawnictwa jest wielką zasługą redaktora »Pamiętnika«, Dra K. Rzętkowskiego.

— Według Rocznika Zarządu Tow. lekarskiego warszawskiego (ogłoszonego w »Pamiętniku Towarz. lek.« Z. 2.) zamyka się bilans ogólny funduszów i własności Towarzystwa w stanie biernym i czynnym kwotą 362.155·90 rb. Z domu Towarzystwa wpłynęło 11,753 rb., jednakże remanent, przelany do funduszu rezerwowego, wynosił tylko 103·02 rb., resztę bowiem pochłonęły podatki, odsetki od długów hipotecznych itd. Fundusz własny Towarzystwa miał w roku 1907 dochodu 5314·98 rb., rozchodu 5149·92. rb. Wydatki na »Pamiętnik« Towarzystwa wynosiły 1178·53 rb., na bibliotekę 995·96 rb., na pracownię 504·04 rb. (z odsetków od funduszu pracowni, wynoszącego obecnie 11.051·13 rb. i z zasiłku z kasy Towarzystwa). Prócz tego rozporządzało Towarzystwo kilkunastu funduszami, specyalnie przeznaczonymi na stypendya, wsparcia dla wdów po lekarzach itd., do których w r. 1907 przybyły 3 znaczniejsze zapisy ś. p. dr Wł. Krajewskiego (na muzeum chirurgiczne, wydawnictwo dzieł chirurgicznych i stypendya). Z fundacyi konkursowej im. Koczorowskiego otrzymali nagrody dr Rotstadt i H. Landau, z fundacyi im. Helbicha dr A. Sokołowski, z fundacyi im. Moczutkowskiego dr Wł. Krajewski. Dalej zawiera Rocznik Zarządu Towarzystwa sprawozdania z rozdawnictwa stypendyów i zapomóg, życiorysy zmarłych członków, sprawozdanie ze stanu biblioteki, liczącej z końcem r. 1907 26830 dzieł, broszur, czasopism itp., z wydawnictwa »Pamiętnika« Towarzystwa, a wreszcie z czynności pracowni, z której korzystało w r. 1907 8 pracujących.

— Wydział kąpieli ludowych warszawskiego Towarzystwa dobroczynności wydał w r. 1907 ogółem 115,568 kąpieli, z tego dzieciom z ochron i sal zajęć Towarzystwa 18,367, zaś dzieciom ze szkół początkowych 37,858. Wydatki na kąpiele wyniosły 7,239·79 rb., jedna kąpiel kosztowała 7 do 11·7 kop. Majątek Wydziału wynosi 93,887 rb.

— Komitet sanatoryum dla niezamożnych suchotników w Rudce uprasza kolegów, posiadających zbyteczne narzędzia i przyrządy ryno-laryngologiczne, lub przydatne do pracowni, o ofiarowanie ich na rzecz sanatoryum.

— Towarzystwo lekarskie w Kielcach miało w roku 1907 członków 23, odbyło 8 posiedzeń (3 odczyty, 4 pokazy). Dochód Towarzystwa wynosił (wraz z pozostałością z r. 1906) 647·58 rb.; rozchód 208·67 rb. Stan biblioteki nie zmienił się w porównaniu z r. 1906.

— Towarzystwo lekarskie w Radomiu miało z końcem r. 1907 członków 50 (z tego 46 rzeczywistych). Posiedzeń zamiast 10 było tylko 4 (z 3 wykładami i 2 pokazami). Dochód (wraz z pozostałością z r. 1906) wynosił 748·19 rb., rozchód 665·67 rb., fundusz dla wdów i sierót po lekarzach 162·40 rb. Biblioteka liczy 990 dzieł w 1,152 tomach i 203 tomy czasopism.

— Na zapytanie ministerstwa spraw wewnętrznych oświadczył się magistrat m. Łodzi za zaprowadzeniem w tem mieście obowiązkowego szczepienia krowianki, obliczając koszt tego na 40,000 rb. rocznie.

Z różnych stron. Dla uczczenia pamięci prof. Mierzejewskiego uchwaliło petersburskie Towarzystwo psychiatryczne zawiesić jego portret w sali obrad i utworzyć stypendyum jego imienia. (Med. 30).

— Uniwersytet kijowski ogłosił konkurs na katedrę chirurgii operacyjnej i anatomii topograficznej z terminem do 1-go września b. r.

— Dzienniki wiedeńskie donoszą, że z okazyi jubileuszu cesarskiego szereg lekarzy ma otrzymać tytuły radców sanitarnych. Tytuły takie nie istniały dotychczas w Austryi. Izby lekarskie mają wydać opinię o tym projekcie. Tytuły otrzymać mają podobno lekarze, którzy od 25 lat pracują w swym zawodzie.

— Liczba słuchaczy medycyny na wszechnicach niemieckich, przez kilka lat zmniejszona, obecnie znów szybko wzrastając, doszła w r. b. do 8000.

— Najświetniejsze wyniki asanacyi osiągnęły ze wszystkich miast na świecie miasta angielskie, w których śmiertelność w II. kwartale b. r., obliczona na rok i 1000 mieszkańców, wynosiła średnio tylko 13,8. Miasta szkockie miały śmiertelność 16,4‰, irlandzkie 20,1‰. Żadne z miast niemieckich, mimo postępów sanitarnych, nie może jeszcze wytrzymać pod względem wyników porównania z Anglią.

— 1. lipca b. r. obchodziło londyńskie Towarzystwo im. Linnégo uroczyście 50-tą rocznicę pierwszego wykładu Darwina o doborze naturalnym.

— Wedle nadesłanych nam wiadomości, rozpisał rząd bośniacki konkurs na kilka posad lekarzy powiatowych w IX randze (płaca 2500 k., dodatek 700 k.); razem z dochodami pobocznymi miewają jednak niektórzy lekarze powiatowi w Bośni powyżej 6000 k. rocznie dochodu. Po roku służby może nastąpić stabilizacya z prawem do emerytury. Podania wnosić należy wprost do Rządu bośniackiego (stemplując podanie 1 k., a załączniki po 20 h. stemplami bośniackimi), dołączając dowody obywatelstwa austro-węgierskiego, zdolności fizycznej, austryackiego doktoratu, dwuletniej służby szpitalnej, zadośćuczynienia obowiązkom służby wojskowej i znajomości jednego z języków słowiańskich, oraz zobowiązanie nauczenia się języka kroacko-serbskiego w ciągu roku.

— Krajowy związek turystyczny w Krakowie zwraca się za naszem pośrednictwem do wszystkich Zarządów zdrojowisk polskich z prośbą, aby we własnym interesie jaknajrychlej nadesłały Związkowi broszury, fotografie, obrazy itp. przedmioty dla urządzenia działu galicyjskiego na wystawie turystycznej w Petersburgu, odbyć się mającej w sierpniu r. b.

Mianowanie: Dr W. K. Stefański docentem prywatnym patologii ogólnej w Odessie.

Zmarli: Dr Leon Silberstein w 46 r. ż. w Warszawie.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w lipcu 1908:

Gazeta lekarska Nr 25: A. Sokołowski i B. Dębiński: Badania kliniczne nad surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Jaworski (dok.). Filipkiewicz (c. d.). — Nr 26: Kijewski:

Działalność nauczycielska i naukowa Prof. Kosińskiego. Kryński: Przyczynek do operacyi przyszycia nadłonowego pęcherza moczowego w przypadkach przerostu gruczołu krokowego. Majewski F.: Nowy przyrząd do podtrzymywania cystoskopu w pewnem określonem położeniu. — Nr 27: Padlewski: O nowym sposobie zastosowania zieleni malachitowej w celu wyosobnienia laseczników grupy tyfusowej. Sokołowski i Dębiński (dok.). — Nr 28: Puławski A.: O kąpielach powietrznosłonecznych i werandowaniu. Sokołowski i Dębiński (dok.). — Nr 29: Pruszyński: Henryk Hoyer. Padlewski (dok.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 26: Prof. Julian Kosiński (życiorys). Flatau i Zylberlastówna: Przyczynek do leczenia chirurgicznego nowotworów rdzenia. Lorentowicz: O leczeniu zachowawczem spraw zapalnych przydatków macicy. Rottermund: Przypadek przemieszczenia nowotworów jajnika przy równoczesnem skręceniu szypuły jednego z guzów. — Nr 27: Róbin: Przypadek przymiotowego cierpienia, symulującego raka. Lorentowicz (dok.). Flatau i Z. (c. d.). — Nr 28: Leśniowski: Mieszek chłonny w śluzówce części pochwowej macicy. Flatau i Z. (dok.). — Nr 29: Cetnarowicz: Odczyn oczny Calmettea, wpływ tegoż na łącznicę i na organ wzroku. Moczulski: Przypadek uchyłka przełyku pochodzenia urazowego. Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1906. — Nr 30: Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomopatologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią resorcyny. Szleifstein: Przypadek duszności spazmatycznej. Brenneisen: W sprawie wskazań do wyrywania zębów.

Tygodnik lekarski Nr 16: Szumowski: Druga połowa wieku XVIII. jako okres przełomowy w dziejach medycyny. Ruff: O znieczuleniu lędźwiowem. Szczepański: O fersanie.— Nr 27: Franke: O zaburzeniach czynności serca u człowieka na tle zniesienia przewodnictwa podniet z przedsionków do komór serca. Slęk: Przyczynek do powstawania i leczenia zupełnego zarośnięcia pochwy. — Nr 28: Spät: Nowoczesne rozpoznawanie duru brzusznego. Wein: Kilka uwag o ekstrakcyi przy położeniu pośladkowem. — Nr 29: Tomaszewski: Dzisiejszy stan nauki o sposobach rozpoznawania zboczeń w wydzielaniu trzustki. Turzański: Migrena oczna.

Czasopismo lekarskie Nr 6: Daszewski: Przypadek lues pulmonis. Helman (c. d.). Dominikiewicz: Wzmożone wydzielanie urobiliny z moczem przy kuracyi salicylowej. Sokołowski: Z nad oceanu atlantyckiego.

Pamiętnik Tow. lekarskiego warsz. Z. 2: Lewinson: Spostrzeżenia nad neutrofilowymi leukocytami w niektórych sprawach chorobowych. Otto: Zmiany anatomopatologiczne w kiszkach i gruczołach krezkowych w tyfusie brzusznym. Hellin: Rak i jego leczenie w świetle biologii. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1906.

Nowiny lekarskie Nr 7: Krokiewicz: Odczyn tuberkulinowy spojówkowy a nowotwory rakowe. Bujwid: Zużytkowanie powierzchownych wód gruntowych dla celów studzien miejskich. Krzyształowicz: O rumieniach. Horoszkiewicz: O krwiakach naoponowych w zwęglonych zwłokach i sposobie ich powstawania. Zalewski: W sprawie postępowania pooperacyjnego po atyko-antrotomii. Grek: O nowszych sposobach leczenia choroby Basedowa. Panieński: Leczenie chronicznych chorób serca i narządu krążenia.

Postęp okulistyczny Nr 6: Rosenhauch: Kilka przypadków zakażenia narządu wzrokowego prątkami grypy.

Kronika dentystyczna Nr 7: Kaczorowski: Stan uzębienia dzieci lwowskich szkół miejskich. Friedländer: Nowy uniwersalny przyrząd pomocniczy. Kohn: Przypadek charakterystycznie zniekształconego pnia dwuguzikowca.

Przegląd higieniczny Nr 7: Maślanka (dok.). Bruchnalski (c. d.). Obtułowicz: W sprawie potrzeby zmiany w ustawodawstwie austryackiem, dotyczącem zakładania i utrzymywania cmentarzy.

Głos lekarzy Nr 13: Mikołajski: Reorganizacya Tow. Samopomocy lekarzy. — Statut Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego dla popierania i obrony ich interesów ekonomicznych i społecznych. — Birkenfeld: Kasy chorych. — Nr 14: Mikołajski: Towarzystwo lekarzy galicyjskich. — Projekt rządowy ustawy o wykonywaniu sztuki wprawiania zębów i t. d. — Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol (Dr Robert Rosenbach, z II. lek. oddz. c. k. powszechnego szpitala w Wiedniu. Die Heilkunde, Nr 4, 1908). R. śledzi od dawna rozwój znaczenia pyrenolu w lecznictwie i obrał do przeprowadzenia ścisłych badań obfity materyał z powyższego oddziału, oddany mu przez prymaryusza Dra v. Fritscha. Ester metylowy kw. będzwinowego obok innych jeszcze składników nadają pyrenolowi wysoką wartość wykrztuśną i przeznaczają lek ten szczególnie do stosowania w chorobach zakaźnych dróg oddechowych. Pyrenol wypełnia przytem najważniejsze zadanie, t. j. oszczędza siłę mięśnia sercowego, a nawet, zgodnie z innymi autorami, stwierdza R. działanie skrzepiające na serce. Z chorób gorączkowych leczono: zapalenie tchawicy, zapalenie suche opłucnej, zapalenie nieżytowe płuc, rozległe zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc płatowe. Do każdej grupy chorób dodano dokładne historye chorób. Autor dochodzi do następujących wniosków: chorzy przyjmują pyrenol chętnie, kaszel stawał się, wskutek ułatwionego wykrztuszania, nie tak dręczącym, plwocina płynniejszą; ciepłota spadała zwolna lecz stale, tętno spadało co do liczby i stawało się pełniejsze. Apetyt poprawiał się, chorzy czuli się podmiotowo bardzo dobrze. Szczególnie podnosi R. działanie kojące bole (w przyp. zapalenia opłucnej znikły bole po kilku dawkach). Działania szkodliwego na nerki, żołądek lub jelita nie stwierdzono ani razu.

Z niegorączkowych chorób przewodu oddechowego spostrzegano najczęściej dusznicę oskrzelową, przyczem występowało przedewszystkiem uspokajające działanie pyrenolu. W gruźlicy płuc stwierdzono wkrótce zmniejszenie się drażnienia do kaszlu, łatwiejsze wykrztuszanie, powolny spadek ciepłoty.

Pyrenol posiada zatem własności wykrztuśne, działa uspokajająco i obniża lekko ciepłotę, nie wywierając przytem szkodliwych działań ubocznych. *Hr. W.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).

Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką“.

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).

Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla“).

Dr **Kołaczkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś“.

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.

Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza“.